

ÖGK _____

A B BVA-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

Familienname(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

____/____/____/____

Anschrift

Familienname(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist)

____/____/____/____

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum:

Pilzwidrige Brustsalbe

Kümmelöl 2,0

Mandelöl 10,0

Mittelkettige Triglyceride 25,0

Hartfett ad 100,0

M.D.S. Pilzwidrige Brustsalbe zur Pflege und Nachbehandlung betroffener Hautstellen

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung