

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:

Heidelbeer-Spülung

Fruct. Myrtilli decoctum (1:10) 90,0

Tinct. Tormentillae 10,0

M.D.S. Mundspülung

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung