

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:

**Kamillen-Salbei-Ringelblumen-Spülung ÖAB**

Kamillentinktur

Salbeitinktur

Ringelblumenfluidextrakt aa 10,0

**M.D.S. Mundspülung**

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung