

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:

**Species ad usum eluarum oris I - ÖAB**

Fol. Salviae

Flos. Matricariae

Flos. Calendulae

Herb. Agrimoniae

Fol. Melissaе aa 10,0

M.D.S. Mehrmals täglich lauwarm gurgeln oder spülen.

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung