

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:

**Myrrhe-Salbei-Kamillen-Spülung ÖAB**

Tinct. Myrrhae (Myrrhentinkt.) 5,0

Tinct. Salviae (Salbeitinkt.) 10,0

Tinct. Matricariae (Kamillentink) ad 30,0

**M.D.S. Mundspülung**

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung