

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:

**Ratanhia-Salbei-Kamillen-Spülung**

Tinct. Ratanhiae (Ratanhiatinkt..) 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