

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 5,0
Tinct. Salviae 10,0
Tinct. Matricariae ad 30,0

M.D.S. Mundspülung

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung