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:

Schmerzstillendes Gel für den Mund - ÖAB

Hydroxyethylcellulose		1,0
Chlorhexidindigluconat		0,002
Nelkenöl		0,4 od. 0,2
Hochdisperses Siliciumdioxid		0,5
Gereinigtes Wasser	ad	20,0

M.D.S. Schmerzstillendes Gel

Rezeptgebühr

Anzahl_____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at