

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:

Ius gelatum analgeticum officinale - 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