

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:

**Hämorrhoiden-Zäpfchen / kühlend**

Tanninum	0,11
Extr. Calendulae fluid.	0,2
Oleum Jecoris Aselli	0,07
Aetheroleum Lavandulae	0,04
Aetheroleum Caryophylli	0,04
Mentholum	0,07

Adeps neutralis ad 2,00

M.f. supp. d. tal. Dos. Nr. XII

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung