

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 / wundheilend

Tannin	0,11
Ringelblumenfluidextrakt	0,2
Lebertran	0,07
Lavendelöl	0,04
Kamillenöl	0,04
Hartfett	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