

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:

Tormentill-Ratanhia-Myrrhen-Spülung ÖAB

Tinct. Tormentillae (Tormentilltinkt.) 5,0

Tinct. Ratanhiae (Ratanhiatinkt.)

Tinct. Myrrhae (Myrrhentinkt.) aa ad 30,0

M.D.S. Mundspülung

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung