

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:

**Tincturae mixtae ad usum eluacrum oris III - ÖAB**

Tinct. Tormentillae 5,0  
Tinct. Ratanhiae  
Tinct. Myrrhae aa ad 30,0

**M.D.S. Mundspülung**

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung