

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-Salbei-Spülung

Tinct. Tormentillae (Tormentilltinktur)

Tinct. Salviae (Salbeitinktur) aa ad 30,0

M.D.S. **Mundspülung**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung