

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:

Ringelblumensalbe I - ÖAB

| | |
|--------------------|----|
| Ringelblumenblüten | 5 |
| Ethanol 70% | 6 |
| Mandelöl | 30 |
| Weißes Vaseline | 73 |
| Gelbes Wachs | 12 |

M.f. unguentum, S Ringelblumensalbe I

Herstellungsvorschrift des ÖAB beachten!

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung