

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:

Hämorrhoidensalbe / Ausheilung-Pflege

Tanninum	0,25
Extr. Hamamelidis fluid.	2,00
Cera flava	2,00
Ung. Calendulae II ÖAB	7,50
Extr. Chamomillae fluid.	7,50
Cetylis palmitas	10,00
Oleum Amygdalae	ad 50,00
M.f. unguentum	

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung