

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:

Pilzwidriges Öl zur Pflege / Nachbehandlung

Aetherol. Carvi (Kümmelöl)

Aetherol. Lavandulae (Lavendelöl)

Aetherol. Coriandri (Korianderöl) aa 1,0

Oleum Amygdalae (Mandelöl) ad 50,0

M.D.S. Pilzwidriges Öl zur Pflege und
Nachbehandlung betroffener Hautstellen

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung