

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:

Hämorrhoiden-Zäpfchen / wundheilend

| | |
|-------------------------|---------|
| Tanninum | 0,11 |
| Extr. Calendulae fluid. | 0,2 |
| Oleum Jecoris Aselli | 0,07 |
| Aetheroleum Lavandulae | 0,04 |
| Aetheroleum Chamomillae | 0,04 |
| Adeps neutralis | ad 2,00 |

M.f. supp. d. tal. Dos. Nr. XII

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung