

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

Tannin	0,25
Hamamelisfluidextrakt	2,00
Gelbes Wachs	2,00
Ringelbl.salbe II offizinal	7,50
Kamillenfluidextrakt	7,50
Cetylpalmitat	10,00
Mandelöl	ad 50,00

M.f. unguentum

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung