

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 (Tannin) 0,25

Mentholum (Menthol) 0,07

Cera flava (Gelbes Wachs) 2,00

Ung. Calendulae II ÖAB (Ringel.bl.slb. II) 7,50

Extr. Chamomill. fluid. (Kamill.fluidextr.) 7,50

Cetylis palmitas (Cetylpalmitat) 10,00

Oleum Amygdalae (Mandelöl) ad 50,00

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung