

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 / kühlend

Tanninum (Tannin) 0,25

Mentholum (Menthol) 0,07

Aetherol. Lavandulae (Lavendelöl)

Aetherol. Caryophylli (Nelkenöl)

Aetherol. Menthae pip. (Pfefferminzöl) aa 1,00

Ung. Calendulae II ÖAB 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