

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:

Species ad usum eluarum oris III - ÖAB

Flos. Matricariae

Cort. Quercus

Rad. Tormentillae

Fol. Salviae

Flos. Calendulae aa 10,0

M.D.S. Mundspülung, insbesondere bei
parodontalchirurgischen Eingriffen.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung