

Wahlarzt

Kostenträger
NÖGKK

Erwerbstätig

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer
Patient(in) 5352 27 09 1900

Testperson Peter

Tag Monat Jahr

Anschrift
2700 Wr. Neustadt
Stohanzlgasse 41

Versicherte(r) 1811 09 05 1950
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) Tag Monat Jahr

Testperson Heinz

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)
Reisner & Sinzinger, Wr. Neustadt

Taxe

Gültig 14 Tage ab Verordnung Datum: 11.06.2003

Rp.

Hyalgan

OP 1

5 Spritzampullen

5x1 Amp. i.a.

Mangel an EDV System

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel d. Apotheke/Hausapotheke

DR. CHRISTOPH REISNER
FA f. Orthopädie u. orthopäd. Chirurgie
2620 Neunkirchen | Schuigasse 3
Telefon und Fax: 02635/717 17
www.wahlarzt.at