

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)

(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)

1811

09

05

1950

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

5x1 Amp. i.a.

5 Spritzampullen

Mangel an EDV System

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel d. Apotheke/Hausapotheke

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