

A B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

PRIVAT

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstver-
sichert

5
Pensionist/in

7
Kriegshinter-
bliebene/r

Aussteller/in – bitte zutreffendes Feld ankreuzen !

Familienname

Vorname

Patient/in

Anschrift

Versicherte/r

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

--	--	--	--

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum:
Rp.

DAFLON 500mg
Filmtabletten 60 Stück

2 Tabletten täglich

Anzahl _____

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung