

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