

GKK 10
 Btr KK _____
☐ ... Bergbau
☒ A B Eisenb.
☐ BVA (öf. Bed.)
☐ ... gew. Wirtsch.
☐ Bauern

optimamed
PRIVATREZEPT

Mitglieds-Nr. _____

1 Erwerbstätig Angehöriges Selbstversichert	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- blieben(e)
--	---------------------	----------------------------------

Aussteller - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!
☐ _____

Familiennamen(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient _____

249101M 83
 Tag Mon Jahr

PIRKHAYER Alexander

Anschrift

100 Wien

Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Tag Mon Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Taxe _____ Rezeptgebühr _____ Anzahl _____	Gültig: 14 Tage ab Verordnung Datum: <u>13.5.25</u> Rp. <u>Delerisvolmin 2000005</u> <u>Wkgr</u> <u>OPT</u> <u>S: 1. NO 2x/40</u> <u>dauer 1x/40</u>
--	---

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

optimamed
 rehabilitationszentrum
 perchtoldsdorf
 OptimaMed Rehabilitationszentrum
 Perchtoldsdorf GmbH
 Sonnbergstraße 93, 2380 Perchtoldsdorf
 T +43 (0)1 865 01 00-0, F -100
 E rezeption-perchtoldsdorf@optimamed.at