GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. GSCHWENTNER– DR. LIPOVIĆ

Bestellkarte für Dauermedikamente

Name:_____ Geburtsdatum /SVNr.:_____

Hausarzt: ☐ Dr. Martin Gschwentner ☐ Dr. Enes Lipović

Versicherung: ☐ ÖGK ☐ SVB ☐ SVA ☐ BVAEB ☐ KUF Sonstige: _____

Name des Medikaments	Wirkstärke / Dosierung	Packungsgröße/ Stück	Anzahl der Packungen

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. GSCHWENTNER– DR. LIPOVIĆ

Bestellkarte für Dauermedikamente

Name:_____ Geburtsdatum /SVNr.:_____

Hausarzt: ☐ Dr. Martin Gschwentner ☐ Dr. Enes Lipović

Versicherung: ☐ ÖGK ☐ SVB ☐ SVA ☐ BVAEB ☐ KUF Sonstige: _____

Name des Medikaments	Wirkstärke / Dosierung	Packungsgröße/ Stück	Anzahl der Packungen