

MUSTER DER LAGERDRUCKSORTEN

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE



Ärztezentrale Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

HONORARNOTEN • KASSABESTÄTIGUNGSBÜCHER • KARTEIKARTEN
BRIEFPAPIERE • WAHLARZTREZEPTE • ÜBERWEISUNGEN • VISITENKARTEN
STEMPELN • TAFELN • und vieles mehr...

KARTONTAFEL Plastik verschweißt 29,7 x 21 (A4 quer)

ecard



**Wir bitten Sie
die ecard bei
jedem Arztbesuch
mitzubringen.**

Ärztzentrale P51

KARTONTAFEL 29,7 x 21 (A4 quer)

ecard



**Bei Nichtbeibringung
der ecard ist ein
Einsatz von € _____ zu leisten.**

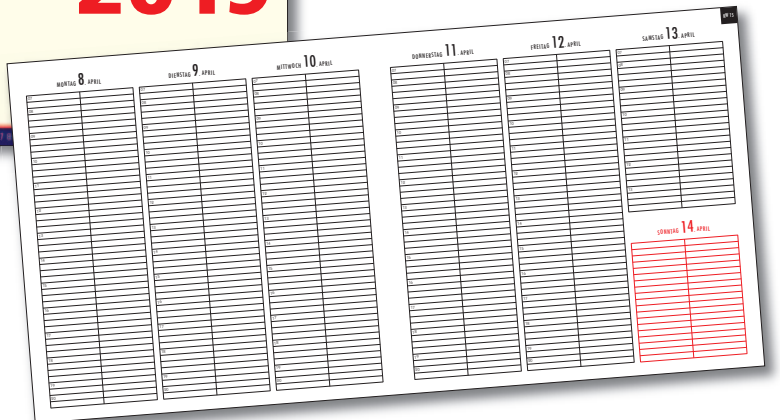
Ärztzentrale 52f

Terminkalender, spiralgebunden, in 15 min. Einteilung

A4 (21,0 x 29,7 cm)



Quadratisch (30,0 x 30,0 cm)



Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Sollten Sie einen **Behandlungstermin nicht einhalten können**, wird höflichst ersucht, dies **rechtzeitig vorher bekanntzugeben**.

Wir sehen uns sonst gezwungen, den **versäumten Termin in Rechnung zu stellen**.

Wir bitten um Verständnis
Ihr Praxisteam

Ärztzentrale P56

AUFKLEBER Ø 10 cm oder 20 cm





Wie gut es Ihnen wirklich geht, erfahren Sie
bei der **Gesundenuntersuchung** **Zeit.**
Nehmen Sie sich die

Liebe Patientin, lieber Patient!

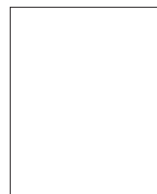
Es ist wieder an der Zeit, an Ihre Gesundenuntersuchung zu denken.

Ihre Gesundheit ist mir ein wichtiges Anliegen. Schauen wir doch gemeinsam, wie es darum steht.

Bei der Gesundenuntersuchung.
Ich würde mich freuen, Sie bald zu sehen!

Mit besten Grüßen

FORMAT A6
2seitig - FÄRBIG



PS: Rufen Sie in der Praxis an!

Zur Verrechnung mit der Krankenkasse benötige ich dringend Ihre e-Card für meine Inanspruchnahme und bitte Sie,

mir diese bis längstens zur Verfügung zu stellen.

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 1a

**RÜCKSEITEN
WIE POSTKARTE**

Ich benötige dringend zur Verrechnung mit der Krankenkasse Ihre e-Card für meine Inanspruchnahme und bitte Sie, mir diese umgehend zur Verfügung zu stellen, da ich Sie sonst als Privatpatient betrachten müßte.

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

im Betrag von

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 3

KARTON

VS
RS

Datum			

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

im Betrag von

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

PAPIER

Ärztzentrale 3a

VS
RS

Datum			

Herrn
Frau
.....

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

.....
.....

im Betrag von

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 4

VS
RS

Datum			

HONORARNOTE NR.

für Herr
Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom bis

meine Honorarnote im Betrage von €

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

HONORARNOTE

für Herrn
Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

Datum			
	Summe		

Bisher geleistete Zahlung

Restbetrag

ÄZ 7 – Seite 3

Datum																																																																																							

FORMAT A5
VS

Datum			
	Summe		

<p>ÄZ 7a – RS</p>

Bisher geleistete Zahlung

Restbetrag

Name:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Beruf:
(oder Beruf des Mannes)

Empfohlen durch:

Ärtezentrale 8

Name:

Anschrift:
Telefon:

Geburtsdaten:

Name der Krankenkasse:
Privat:

Beruf:
(oder Beruf des Versicherten)

Empfohlen durch:

Ärtezentrale 9

.....

Bitte um Röntgenaufnahme von:

bei:

Diagnose:

Ärztzentrale 10

Frau

Adresse:

befindet sich in der Schwangerschaftswoche.

Voraussichtlicher Geburtstermin:

Voraussichtlicher letzter Arbeitstag:

.....
Ort/Datum

.....
Stempel/Unterschrift

Bestätigung über den Empfang von € _____

Euro _____

als Honorar für ärztliche Behandlung

.....

bei Herrn/Frau

Adresse:

am

Ärztzentrale 2 (dasselbe in Buchform Ärztenzentrale 36)

.....

An das

Labor

Bitte bei

um

.....

IMP F - B E S C H E I N I G U N G

..... geb.

wohnhaft

wurde von mir am

.....

.....

.....

gegen geimpft.

Ärztzentrale 15

FORMAT A6

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

An

Ich bitte höflich um Aufnahme, Therapie, Befundbericht, fachärztliche Untersuchung

Herr
Frau
Kind
Stand
Krk.-Kasse

wohnhaft
Staatsbürgerschaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Diagnose

Anmerkungen:

.....

Herr
Frau

wohnhaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

.....

Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am ist bei mir seit
in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

Ärztzentrale 19a

FORMAT A6

An die Firma:

Herr / Frau

Adresse

Geb.-Datum war von

bis arbeitsunfähig.

Diagnose

.....
Ort / Datum

.....
Stempel / Unterschrift

Elektrokardiogramm-Befund

von Herrn
Frau

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

.....

.....

.....
=====

Hiermit gestatte ich mir, meine Honorarnote
vom per höflichst in
Erinnerung zu bringen und ersuche um postwendende Überweisung.

Hochachtungsvoll

.....

.....

.....

Da Sie meine Mahnung vom
unberücksichtigt ließen, muß ich Sie hiermit neuerlich dringendst bitten, mir
den Betrag meiner Honorarnote vom

per
.....

bis zum einzusenden.

Ich hoffe, daß Sie mir durch strikte Einhaltung des angeführten
Termins weitere Maßnahmen ersparen und zeichne

hochachtungsvoll

.....

An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

steht (stand) in meiner Behandlung und ist (war) von 20

voraussichtlich bis einschließlich 20verhindert,
am Unterricht/Leibesübungen teilzunehmen.

.....
(Unterschrift des Arztes)

Ärztzentrale 22

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, daß ich in der Zeit
von bis

auf Urlaub bin. Nächste Ordination am

Es vertritt mich

.....

Mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, dass ich in der Zeit
von bis
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am
.....

Mit kollegialem Gruß

Ärztzentrale 23a

An die Firma:

Herr
Frau

Adresse

suchte heute meine Ordination in der Zeit

von bis auf.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Stempel

.....
.....

Name:

Tag	Datum	Stunde

Bitte diesen Schein bei jedem Besuch mitzubringen. Falls von einer der vorgemerkten Stunden nicht Gebrauch gemacht werden kann, wird höflichst ersucht, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben, da sonst die versäumte, vorgemerkte Zeit in Rechnung gestellt werden müßte.

Ärztzentrale 25

.....

Herrn
Frau

.....
.....

Sie werden höflichst ersucht, zwecks Fortsetzung, Kontrolluntersuchung bzw. Beendigung der Behandlung am zu kommen.

Hochachtungsvoll

Honorarnote

.....		
..... Besuchsgebühr		
..... Sonn-, Feiertags-, Nachtzuschlag		
.....		
.....		
..... Injektion		
.....		
..... Medikamente		
.....		
..... Weggebühr		
.....		
.....		
	Summe	
	plus	% MWSt.
	Gesamthonorar	
	inkl.	% MWSt.

Herr
Frau

wurde darauf aufmerksam gemacht, daß die von der Kassa bewilligte Leistung medizinisch vollkommen ausreichend ist.

Auf eigenen Wunsch wurden folgende Sonderleistungen

.....
.....
.....

erbracht.

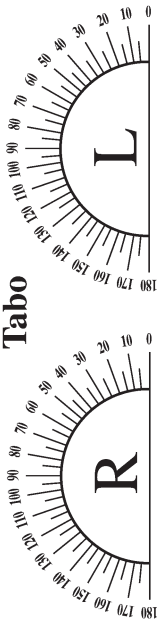
Unterschrift:

Datum:

Rp.

FORMATE:
8,5 x 15 cm
10 x 17 cm
10 x 21 cm

Tabo



Name:

} O. D.

} O. S.

} Pup.-Dist.: mm

} O. D.

} O. S.

} Pup.-Dist.: mm

Anmerkung:

Datum:

Prot. Nr.

Bitte das Rezept jedesmal mitzubringen!

BITTE VORMERKEN

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

Falls Sie verhindert sind, bitte um **rechtzeitige Absage**.

Stempel:

FORMAT 10 x 10 cm
PAPIER 80g gelb

Ärztzentrale 35a

Nr. **Bestätigung** über den Empfang € _____

Betrag
in Worten

erhalten von Herr/Frau

Adresse:

für Ordination

für Visiten

für Sonderleistungen

Diagnose

am

Ärztzentrale 38 (dasselbe in Buchform Ärztzentrale 37)

An
.....

....., den

Verletzungsanzeige / Ärztliche Bestätigung

Vor- und Zuname: Geburtsdaten:

Wohnort:

Zeitpunkt der erstmaligen Untersuchung:

Unfallort:

Beschreibung der Verletzung:
(Art derselben, Ausdehnung, Form, Lage und Alter der Verletzung)

.....

Voraussichtlicher Grad der Verletzung:

Fremdverschulden: ja — nein

Weiterbehandlung nötig: ja — nein — ambulatorisch — häuslich

Dem Krankenhaus überwiesen am:

Spezialuntersuchung veranlaßt: Röntgen — Facharzt

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

.....
Unterschrift des Arztes

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

im Betrag von _____

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 41a

Bei der heutigen Schuluntersuchung Ihres Kindes wurde

festgestellt.

Zu empfehlen ist:

FORMAT A6

An:

Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am:

Ansuchen um:

Diagnose:

Elektrokardiogramm-Befund

von Herrn _____
Frau _____

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Anamnese:

Status:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß



Ich erlaube mir, Ihnen für Leistungen in der Zeit

von bis

meine Honorarnote im Betrage von Euro _____

zu überreichen.

Hochachtungsvoll

INFEKTIONSFREIHEITSSCHEIN

Der (Die):

wohnhaft in geb. am:

ist frei von Zeichen irgendwelcher Infektionskrankheit und Ungeziefer. Auch in der Umgebung kein Vorkommen von ansteckenden Krankheiten.

Datum:

Ärztzentrale 60

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne e-Card in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, daß Sie die e-Card binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

Herr
Frau

Adresse

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne Überweisung in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, dass Sie die Überweisung binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

.....
Datum und Unterschrift
der Patientin / des Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich bitte höflichst um fachärztliche Untersuchung, Befundbericht, Therapie

bei meinem(r) Patienten(in)

wohnhaft

geb. am ist bei mir seit

in ärztlicher Behandlung wegen folgender Beschwerden:

.....

.....

Meine bisherige Behandlung:

.....

.....

Mit kollegialem Gruß

.....
An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

stand wegen
von bis in meiner Behandlung.
Bitte das Fernbleiben vom Unterricht zu entschuldigen.

Es wird empfohlen, den (die) Schüler(in)
für die Dauer vom bis
vom Turnunterricht zu befreien.

.....
(Unterschrift des Arztes)

Ärztzentrale 74

An die Firma:

.....

Herr
Frau

wohnhaft

steht seit voraussichtliche Dauer

in meiner Behandlung und ist pflegebedürftig.

Pflegeperson

Ärztzentrale 75

1. SEITE
FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

HONORARNOTE

.....

für Herr
Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom..... bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Medikamente: _____

Gesamtsumme _____

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄZ 72a / 2. SEITE

An

.....

.....

Es wird bestätigt, daß

Herr / Frau

.....

ab einschließlich

pflegebedürftig erkrankt ist.

.....

Datum

.....

Unterschrift, Stampiglie

Ärztzentrale 76 (Entwurf: NÖ-Ärztammer)

Anweisung zur Einnahme verordneter Medikamente

Name _____

Medikament	Wochentag	morgens		mittags		abends		nachts
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	
		dem Essen	dem Essen	dem Essen	dem Essen	dem Essen	dem Essen	

Ich bitte, diese Anweisung stets zur Sprechstunde mitzubringen!

BEGLEITSCHREIBEN ZUR ÜBERWEISUNG/EINWEISUNG

an / in:

Name:

Diagnose / Verdacht:

Begleiterkrankungen:

Derzeitige Beschwerden und Befund:

Hinweise:

Ersuche um:

Akuttherapie:

Laufende Therapie	früh	mittag	abend

Bei stationärer Aufnahme der Krankengeschichte beilegen!

Name, Datum, Stempel

KURZARZTBRIEF

Befund:

ÄZ 78 - RS

Sonstiges:

Laufende Therapie	früh	mittag	abend

Weiterführende Untersuchungen:

- Wiedervorstellung erbeten am:
- Stationäre Aufnahme vorgesehen für:
- Stationäre Aufnahme zur Zeit nicht erforderlich

Name, Datum, Stampiglie

WAHLARZT		Beiblatt Quartal	GKK	BKK	VA des österr. Berg- baues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionsist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9	
											Bitte zureifendes Feld bezeichnen!
Überweisung	Einweisung										
Verordnung											
Bitte zureifendes Feld bezeichnen!											

Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen!

Überweisung an / Einweisung in:

Diagnose / Begründung:

Erbeten wird / Verordnung:

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

.....
Datum, Unterschrift und Stempel
des überweisenden Arztes

Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!

Diagnose:

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

.....
Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes

Bitte zureifendes Feld bezeichnen!

Familiennamen(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in) [] Tag [] Monat [] Jahr []

Anschrift

Versicherte(r) [] Tag [] Monat [] Jahr []
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

GKK _____

Btr KK _____

... Bergbau

A B Eisenb.

BVA (öff. Bed.)

... gew. Wirtsch. _____

Bauern _____

WAHLARZT

Mitglieds-Nr. _____

1	5	7
Erwerbstätig Arbeitslos Selbstversichert	Pensionist(in)	Kriegshinter- bliebene(r)

Aussteller - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____

Vorname(n) _____

Versicherungsnummer _____

Patient

--	--	--	--	--

Tag Mon. Jahr

Anschrift _____

Versicherter

(nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

--	--	--	--	--

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort) _____

Taxe	Gültig: 1. Monat ab Verordnung Rp.	Datum:
Rezeptgebühr		
Anzahl _____		

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

PRIVAT-HONORARNOTE

Nr.

Für Herrn/Frau:

Adresse:

Ich erlaube mir, Ihnen für die ärztliche Leistung meine Honorarnote zu überreichen:

Anzahl	Leistungen	Betrag
.....	Ordination, am
.....	Ordination mit eingehender Untersuchung, am
.....	Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang, am
.....	Krankenbesuch, am
.....	Doppelkilometer, am
.....	Sonderleistungen und Sonstiges, am
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
SUMME:		<u>€</u>

Diagnose:

Hochachtungsvoll

Saldierungsvermerk:

.....
 Datum, Unterschrift und Arztstempel

Vom Versicherten auszufüllen!

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient:

Tag			Monat		Jahr		

Anschrift:

Versicherter:

Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist

Tag			Monat		Jahr		

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

An die

.....

.....

.....

(Ort, Datum)

.....

(Versicherungsnummer angeben)

Antrag auf Kostenrückerstattung

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich umseitige Privathonorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein

Konto IBAN
(Geldinstitut)

Weiters beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir zu gewährenden Kostenersatzes.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen, der Nichterfüllung an die von mir bezeichneten Zahlstelle oder der ablehnenden Behandlung meines Leistungsansuchen stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z. 2 ASVG den

Antrag

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Hochachtungsvoll

.....

(Unterschrift des Versicherten)

KURZBRIEF

Mit der Bitte um:

- Kenntnisnahme
- Erledigung
- Genehmigung
- Stellungnahme
- Unterschrift
- Behandlung wie besprochen
- Rücksendung
- Angebot
- Anruf/Rücksprache
- Entscheidung
- Weiterleitung an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit freundlichen Grüßen

Telefax / Kurzbrief

Datum: _____

An: _____

Betrifft: _____

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

VS
FORMAT 21 x 13 cm

ÄZ 102 – RS
FORMAT 21 x 13 cm

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

ÄZ 103 - VS

ÄZ 103 - RS

Datum	γ GT	SGOT	SGPT	APh	Bili	Fe	GLDH	Ch. Est	LAP	LDH	CPK	Chol.	Trigl.	BUN	Kr.	HS

ÄZ 111 - VS

**ÄZ 113 – VS
KARTON**

**ÄZ 113 – RS
KARTON**

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

**ÄZ 114 – VS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 114 – RS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 119 – RS
KARTON
FORMAT 40 x 21 cm
2 x GEFALZT
1. FALZ = 12,5 cm
2. FALZ = 28,1 cm
ENDFORMAT
21 x 15,6 cm**

Ärztezentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler
Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler
Postadresse: A-1011 Wien, Postfach 155
**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6
(im Schottenhof)**

DRUCKSORTEN

Tel.: (+43/1) 531 16-25
Fax: (+43/1) 533 13 93
e-mail: verkauf@aerztezentrale.co.at

Gute Parkmöglichkeiten:
Kurzparkzone oder Freyung-Garage

Bitte geben Sie in Ihrem Interesse,
– zwecks Portoersparnis –
größere Bestellungen auf.

Öffnungszeiten:

Montag – Donnerstag von 8.00 – 18.00 Uhr
Freitag von 8.00 – 17.00 Uhr
durchgehend geöffnet
Samstag geschlossen!

**Geänderte Sommeröffnungszeiten
Juli/August!**

ADRESSENVERLAG

A-1010 Wien, Helferstorferstraße 4

Tel.: (+43/1) 531 16-17
Fax: (+43/1) 532 12 82
e-mail: versand@aerztezentrale.co.at

Versand – Kopien – Vervielfältigungen
– Schnelldrucke
kurzfristig – schnell – preisgünstig

TELEFONISCHER INFORMATIONSDIENST

24-Std.-Besetzung
Tel.: (+43/1) 531 16-0
Fax: (+43/1) 531 16-66
e-mail: service@aerztezentrale.co.at

Seit über 100 Jahren
Ihr Telefondienst
rund um die Uhr
- österreichweit -



Helferstorferstraße 2 / Freyung 6 • Wien 1., im Schottenhof
Telefon 531 16-25 oder 24 • Fax 533 13 93
www.aerztezentrale.co.at • verkauf@aerztezentrale.co.at
Montag-Donnerstag 8⁰⁰-18⁰⁰ Uhr • Freitag 8⁰⁰-17⁰⁰ Uhr