

1

☐ SVS-LW

____/____/____/____/

____/____/____/____/

Taxe	Gültig 1 Monat ab Verordnung , Datum:
	Windtreibender Tee I
	Kümmel 40
	Kalmuswurzelstock 20
	Kamillenblüten 20
	Melissenblätter 20
	M.D.S. Windtreibender Tee
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung