

ÖGK _____

☒ ☒ BVA-EB

☐ BVAEB-OEB

☐ SVS-GW

☐ SVS-LW



Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
		____/____/____/____

Anschrift

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
		____/____/____/____

(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist)

Taxe	Gültig 1 Monat ab Verordnung, Datum: Species carminativae I - ÖAB Kümmel (Fruct. Carvi) 40 Kalmuswurzelstock (Rhiz. Calami) 20 Kamillenblüten (Flos Matricariae) 20 Melissenblätter (Fol. Melissa) 20 M.D.S. Windtreibender Tee	
Rezeptgebühr Anzahl _____		
Stempel der Apotheke	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes	
	Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung	