

ÖGK _____

- A B 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	<p>Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Windtreibender Tee 3 (ÖAB)</u></p> <p>Koriander..... 35.0 Kamillenblüten 25.0 Pfefferminzblätter..... 10.0 Süßholzwurzel..... 10.0 Melissenblätter..... 20.0</p> <p>M.D.S: Windtreibender Tee</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung