

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

Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum:

Species carminativae III (ÖAB)

Fruct. Coriandri.....	35.0
Flos Chamomillae.....	25.0
Fol. Menthae piperit.....	10.0
Rad. Liquiritiae.....	10.0
Fol. Melissa.....	20.0

M.D.S: Windtreibender Tee

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung