

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:

Kräftiger Tee / Schwangeschaftsübelkeit

Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel) 5,0

Rhiz. Zingiberi (Ingwer) 10,0

Fol. Menthae pip. (Pfefferminz) 25,0

Fol. Malvae (Käsepappelblätter)

Fol. Melissa (Melisse) aa 30,0

M.f. spec. antiemeticae (Emesistee kräftig)

D.S. 1 gehäuften Teelöffel der Teemischung mit 150 ml kochendem Wasser übergießen, ca. 10-15 min ziehen lassen, abseihen. Bis zu 5 Tassen frisch bereitetem Tee täglich trinken.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung