

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 antidysmenorrhoeicae II**

Fol. Rosmarini (Rosmarinblätter) 10

Hba. Passiflorae Passionsblumenkraut

Hba. Alchemillae (Frauenmantelkraut)

Hba. Millefolii (Schafgarbenkraut) aa 30

M.f. spec. antidysmenorrhoeicae

D.S. 1 Esslöffel mit heißem 250ml Wasser  
übergießen, 5-10 Minuten zugedeckt ziehen  
lassen

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung