

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 10

Hba. Passiflorae

Hba. Alchemillae

Hba. Millefolii 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