

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 I

Fruct. Coriandri (Korianderfrüchte) 10

Hb. Millefolii (Schafgarbenkraut)

Hb. Anserinae (Gänsefingerkraut)

Hb. Alchemillae (Frauenmantelkraut) aa 30

M.f. spec. antidysmenorrhoeicae

D.S. 1 Esslöffel mit heißem 250ml Wasser
übergießen, 5-10 Minuten zugedeckt ziehen
lassen; 3 Tassen täglich vor und während der
Menstruation trinken

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung