

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 antihidroticae I

Fol. Salviae	40
Fol. Melissa	40
Fol. Malvae	16
Fol. Menth. pip.	4

M.f. spec. antihidroticae

D.S. 1 Esslöffel auf ¼ L kochendes Wasser,
3-5 Min ziehen lassen. 2-mal täglich 1 Tasse
trinken.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung