

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 cholagogae III ÖAB**

Herb. Achilleae..... 30

Rad. Taraxaci..... 40

Herb. Absinthii..... 10

Fol. Menthae pip..... 20

M.D.S: **Gallentee**

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung