

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 II ÖAB

- Rhiz. Curcumae xanth. (Jav. Gelbwurz)...30
Fruct. Carvi (Kümmel)..... 10
Rad. Taraxaci (Löwenzahnwurzel)..... 40
Fol. Menthae pip. (Pfefferminzblätter)... 20
M.D.S: **Gallentee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung