

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 expectorales I

- Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel)... 30
- Hb. Thymi (Thymian)..... 30
- Fruct. Foeniculi (Fenchel)..... 20
- Fol. Plantaginis (Spitzwegerich).... 20

M.D.S: **Schleimlösender Hustentee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung