

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:

Abführender Regeltee

Kamillenblüten
Schafgarbenkraut aa 30
Melissenblätter
Sennesblätter aa 15
Pfefferminzblätter 10

M.f. spec. laxantes et antidysmenorrhoeae
D.S. 2 Teelöffel mit ¼ l kochendem Wasser
übergießen, 10 Minuten ziehen lassen; tgl. 2-3
Tassen.

NICHT IN DER SCHWANDERSCHAFT!

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung