

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 laxantes et antidysmenorrhoeicae

- Flos Chamomillae (Kamillenblüten)
Hba. Millefolii (Schafgarbenkraut) aa 30
Fol. Melissa (Melissenblätter)
Fol. Sennae (Sennesblätter) aa 15
Fol. Menth. pip. (Pfefferminzblätter) 10

M.f. spec. laxantes et antidysmenorrhoeicae
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