

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 | <p>Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Species pectorales ÖAB</u></p> <p>Flos Malvae (Malvenblüte)..... 10 Flos Verbasci (Königskerzenblüte) 10 Fol. Althaeae (Eibischblatt)..... 20 Hb. Thymi (Thymian)..... 10 Rad. Althaeae (Eibischwurzel)..... 20 Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel)... 25 Fruct. Anisi (Anis)..... 5</p> <p>M.D.S: Brusttee</p> |
| Rezeptgebühr | |
| Anzahl _____ | |

 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung