

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 pectorales ÖAB

- Flos Malvae..... 10
- Flos Verbasci..... 10
- Fol. Althaeae..... 20
- Hb. Thymi..... 10
- Rad. Althaeae 20
- Rad. Liquiritiae..... 25
- Fruct. Anisi..... 5

M.D.S: **Brusttee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung