

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 sedativae IV ÖAB

- Herb. Hyperici 50
- Fol. Melissa 40
- Flos Aurantii 10

M.D.S: **Beruhigender Tee**

Rezeptgebühr _____

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung