

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 I ÖAB

- Fol. Melissa (Melissenblätter)..... 10
- Fol. Menthae pip. (Pfefferminzblätter)..... 10
- Flos Aurantii (Bitterorangenblüten)..... 10
- Pericarp. Aurantii amar.(Bitterorangensch.)10
- Rad. Valerianae (Baldrianwurzel).....60

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung