

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:

Magentee bei Dyspepsie 1 (ÖAB)

Wermutkraut.....	10.0
Schafgarbenkraut.....	40.0
Pfefferminzblätter.....	30.0
Bitterorangenschale.....	20.0

M.D.S: **Magen-Darm-Tee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung