

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: _____
Rezeptgebühr	<p><u>Magentee bei Dyspepsie 2 (ÖAB)</u></p> <p>Angelikawurzel..... 40.0</p> <p>Kalmuswurzel..... 20.0</p> <p>Ingwerwurzel..... 20.0</p> <p>Bitterorangenschale..... 20.0</p> <p>M.D.S: Magen-Darm-Tee mit Ingwer</p>
Anzahl _____	

phyllotherapy.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung