

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	<p>Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Species stomachicae dyspepsiae II (ÖAB)</u></p> <p>Rad. Angelicae..... 40.0 Rad. Calami..... 20.0 Rad. Zingiberi..... 20.0 Pericarpium Aurantii amari 20.0</p> <p>M.D.S: Magen-Darm-Tee mit Ingwer</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung