

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:

Eibisch-Teemischung

Flos. Malvae (Malvenblüten) 2,0

Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel) 8,0

Rad. Altheae (Eibischwurzel) 15,0

Fol. Altheae (Eibischblätter) 25,0

M.D.S. Mundspülung für Kinder

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung