

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:

Malven-Kamillen-Teemischung

Fol. Malvae (Malvenblätter) 25,0

Flos. Matricariae (Kamillenblüten) 10,0

Fol. Plantaginis (Spitzwegerich) 15,0

M.D.S. Mehrmals täglich gurgeln oder spülen,
nicht trinken.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung