

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:

Salbei-Kamillen-Teemischung -ÖAB

Lichen. Islandici (Isländisches Moos)

Flos. Matricariae (Kamillenblüten)

Flos. Malvae (Malvenblüten) aa 10,0

Fol. Salviae (Salbeiblätter) 20,0

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