

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: <u>Krampflösender Bronchialtee</u> Sonnentaukraut..... 50 Thymian..... 50 M.D.S: Krampflösender Bronchialtee
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung