

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:

Species stomachicae dyspepsiae I (ÖAB)

- Herba Absinthii (Wermutkraut)..... 10.0
- Herba Alchilleae (Schafgarbenkraut)..... 40.0
- Fol. Menthae (Pfefferminzblätter)..... 30.0
- Pericarp. Aurantii (Bitterorangenschal..) 20.0

M.D.S: **Magen-Darm-Tee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung