

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>Species stomachicae dyspepsiae II (ÖAB)</u> Rad. Angelicae (Angelikawurzel)..... 40.0 Rad. Calami (Kalmuswurzel)..... 20.0 Rad. Zingiberi (Ingwerwurzel)..... 20.0 Pericarp. Aurantii (Bitterorangenschale) 20.0 M.D.S: Magen-Darm-Tee mit Ingwer
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung