

ÖGK _____

☒ ☒ 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 carminativae I - ÖAB Fruct. Carvi 40 Rhiz. Calami 20 Flos Matricariae 20 Fol. Melissae 20 M.D.S. Windtreibender Tee
Rezeptgebühr Anzahl _____	
Stempel der Apotheke	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
	Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung