

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:

Milder Tee gegen Sodbrennen und Übelkeit

Rad. Liquiritiae

Flos Chamomoillae aa 5,0

Fol. Altheae 25,0

Fol. Malvae

Fol. Melissaee aa 30,0

M.f. spec. D.S. 2 Teelöffel mit ¼ l

kochendem Wasser übergießen, 10 Minuten
ziehen lassen; tgl 2-3 Tassen

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung