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: **Beruhigungstee leicht** Flos Aurantii Hb. Alchemillae ..... aa 15 Hb. Passiflorae / Hb. Hyperici ..... wahlweise Fol. Melissae ..... aa 35 M.f. spec. gynaecologicae (leichter Beruhigungstee) D.S. 1 Esslöffel mit 250 ml kochendem Wasser übergießen, 10 Min. ziehen lassen, abseihen. Täglich 2 Tassen langsam und schluckweise trinken
Rezeptgebühr Anzahl _____	

Stempel der Apotheke	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
	Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung