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:
	Salbeiblätter (Fol. Salviae) ..... 40 Frauenmantelkraut (Hb. Alchemillae) ..... 40 Malvenblätter (Fol. Malvae) ..... 10 Angelikawurzel (Rad. Angelicae) ..... 10 M.f. spec. antihidroticae D.S. 1 Esslöffel auf ¼ L kochendes Wasser, 3-5 Min ziehen lassen. 2 mal täglich 1 Tasse trinken
Rezeptgebühr Anzahl _____	

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