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: **Species sedativae IV - ÖAB** Hb. Hyperici ..... 50 Fol. Melissae ..... 40 Flos Aurantii ..... 10 M.D.S. Beruhigender Tee
Rezeptgebühr Anzahl _____	

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