

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: _____

Windtreibender Tee 2 (ÖAB)

- Kümmel..... 40.0
- Kalmuswurzel..... 20.0
- Kamillenblüten..... 20.0
- Melissenblätter..... 20.0

M.D.S: **Windtreibender Tee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung