

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 carminativae II (ÖAB)

Fruct. Carvi (Kümmel)..... 40.0

Rad. Calami (Kalmuswurzel)..... 20.0

Flos Chamomillae (Kamillenblüt.)... 20.0

Fol. Melissa (Melissenblätter)..... 20.0

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung