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 4 (ÖAB)

Fenchel…….....	40.0
Kalmuswurzel.. …….....	20.0
Pfefferminzblätter....……..……	20.0
Süßholzwurzel……	10.0
Melissenblätter…….....	10.0

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

Rezeptgebühr

Anzahl_____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at