

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: _____
Rezeptgebühr	<p><u>Species carminativae IV (ÖAB)</u></p> <p>Fruct. Foeniculi (Fenchel)..... 40.0</p> <p>Rad. Calami (Kalmuswurzel)..... 20.0</p> <p>Fol. Menthae piperit. (Pfefferminzbl.) 20.0</p> <p>Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel)..... 10.0</p> <p>Fol. Melissa (Melissenblätter)..... 10.0</p> <p>M.D.S: Windtreibender Tee</p>
Anzahl _____	

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung