

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	<p>Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Species carminativae IV (ÖAB)</u></p> <p>Fruct. Foeniculi..... 40.0 Rad. Calami..... 20.0 Fol. Menthae piperit..... 20.0 Rad. Liquiritiae..... 10.0 Fol. Melissa..... 10.0</p> <p>M.D.S: Windtreibender Tee</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung