

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:

**Spasmolytischer Gallentee**

- Schafgarbenkraut..... 15
- Löwenzahnwurzel..... 30
- Wermutkraut..... 5
- Pfefferminzblätter ..... 40
- Katzenpfötchenblüten ..... 10

M.D.S: **Krampflosender Gallentee**

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung