

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

- Herb. Achilleae (Schafgarbenkraut)..... 15
- Rad. Taraxaci (Löwenzahnwurzel)..... 30
- Herb. Absinthii (Wermutkraut)..... 5
- Fol. Menthae pip. (Pfefferminzblätter)..... 40
- Flos Stoechados (Katzepfötchenblüten)... 10

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung