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……..…… 15
Rad. Taraxaci……..……...… 30
Herb. Absinthii……..…….. 5
Fol. Menthae pip..……...…… 40
Flos Stoechados …….. 10

M.D.S: **Krampflösender Gallentee**

Rezeptgebühr

Anzahl_____

**Stempel der Apotheke**

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at