

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:
	<u>Krampflösender Hustentee</u>
	Thymian..... 30
	Fenchel..... 20
	Lindenblüte.... 50
	M.D.S: Krampflösender Hustentee
Rezeptgebühr	
Anzahl_____	

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung