

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:

Species spasmolyticae

Hb. Thymi (Thymian)..... 30

Fruct. Foeniculi (Fenchel)..... 20

Flos Tiliae (Lindenblüte)..... 50

M.D.S: **Krampflösender Hustentee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at

phytotherapie.at

phytotherapie.at

