

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:

Linimentum dysmenorrhicum

Aetherol. Chamomillae 20

Aetherol. Carvi

Aetherol. Foeniculi

Aetherol. Lavandulae aa 10 gtt.

Oleum Amygdalae ad 100

M.f. Linimentum dysmenorrhicum

D.S. mehrmals täglich auf Unterbauch- und Kreuzregion einreiben.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung