

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:

**Magentee bei Sodbrennen 1 (ÖAB)**

Kamillenblüten.....	40.0
Süßholzwurzel.....	30.0
Malvenblatt.....	10.0
Ringelblumenblüten.....	20.0

M.D.S.: **Magentee**

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung