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 stomachicae antacidae I (ÖAB)

Flos Chamomillae (Kamillenblüten). 40.0
Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel)..... 30.0
Fol. Malvae (Malvenblatt)...…….. 10.0
Flos Calaendulae (Ringelblumenbl.). 20.0

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

Rezeptgebühr

Anzahl_____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at