

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	<p>Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Species stomachicae antacidiae II (ÖAB)</u></p> <p>Flos Chamomillae (Kamillenblüten). 40.0 Fol. Malvae (Malvenblatt)..... 30.0 Fructus Anisi (Anis)..... 10.0 Flos Malvae (Malvenblüte)..... 20.0</p> <p>M.D.S.: Magentee</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phyllotherapy.at
 phyllotherapy.at
 phyllotherapy.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung