

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 antacidiae II (ÖAB)

- Flos Chamomillae..... 40.0
- Fol. Malvae..... 30.0
- Fructus Anisi..... 10.0
- Flos Malvae..... 20.0

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

Rezeptgebühr _____

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung