

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 3 (ÖAB)**

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Malvenblatt .....       | 40.0 |
| Malvenblüte .....       | 30.0 |
| Süßholzwurzel.....      | 10.0 |
| Ringelblumenblüten..... | 20.0 |

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

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung