

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 III (ÖAB)
 Fol. Malvae (Malvenblatt)..... 40.0
 Flos Malvae (Malvenblüte)..... 30.0
 Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel)..... 10.0
 Flos Calendulae (Ringelblumenblüt.) 20.0
M.D.S.: Magentee

Rezeptgebühr _____

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung