

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: <b>1 Monat ab Verordnung</b> Datum: _____</p> <p><b><u>Eibischtee (ÖAB)</u></b></p> <p>Eibischblatt ..... 55  Eibischwurzel ..... 25  Süßholzwurzel ..... 15  Malvenblüte ..... 5</p> <p>M.D.S: <b>Eibischtee</b></p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phyllotherapy.at  
 phyllotherapy.at  
 phyllotherapy.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung