

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 Althaeae (ÖAB)

- Fol. Althaeae (Eibischblatt)..... 55
Rad. Althaeae (Eibischwurzel)..... 25
Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel).. 15
Flos Malvae (Malvenblüte)..... 5

M.D.S: **Eibischtee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung