

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