

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 antidysmenorrhoeae I

Fruct. Coriandri 10

Hb. Millefolii

Hb. Anserinae

Hb. Alchemillae aa 30

M.f. spec. antidysmenorrhoeae

D.S. 1 Esslöffel mit heißem 250ml Wasser
übergießen, 5-10 Minuten zugedeckt ziehen
lassen; 3 Tassen täglich vor und während der
Menstruation trinken

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung