

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: _____ |
| Rezeptgebühr | <p><u>Species antidysmenorrhoeicae I</u></p> <p>Fruct. Coriandri 10</p> <p>Hb. Millefolii</p> <p>Hb. Anserinae</p> <p>Hb. Alchemillae aa 30</p> <p>M.f. spec. antidysmenorrhoeicae</p> <p>D.S. 1 Esslöffel mit heißem 250ml Wasser übergießen, 5-10 Minuten zugedeckt ziehen lassen; 3 Tassen täglich vor und während der Menstruation trinken</p> |
| Anzahl _____ | |

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung