

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: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Species antihidroticae II</u></p> <p>Fol. Salviae (Salbeiblätter) 40</p> <p>Hb. Alchemillae (Fauenmantelkraut) 40</p> <p>Fol. Malvae (Malvenblätter) 10</p> <p>Rad. Angelicae (Angelikawurzel) 10</p> <p>M.f. spec. antihidroticae</p> <p>D.S. 1 Esslöffel auf ¼ L kochendes Wasser, 3-5 Min ziehen lassen. 2-mal täglich 1 Tasse trinken.</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung