

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:

Schweißhemmender Tee I

- | | |
|--------------------|----|
| Salbeiblätter | 40 |
| Melissenblätter | 40 |
| Malvenblätter | 16 |
| Pfefferminzblätter | 4 |

M.f. spec. antihidroticae

D.S. 1 Esslöffel auf $\frac{1}{4}$ L kochendes Wasser,
3-5 Min ziehen lassen. 2-mal täglich 1 Tasse
trinke

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

