

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 antihypermenorrhoeicae</u></p> <p>Hba. Capsellae (Hirtentäschelkraut) 50 Hba. Equiseti (Schachtelhalmkraut) 20 Hba. Alchemillae (Frauenmantelkraut) Hba. Millefolii (Schafgarbenkraut) aa 15</p> <p>M.f. spec. antihypermenorrhoeicae D.S. 1 Esslöffel mit heißem 250ml Wasser übergießen, 5-10 Minuten zugedeckt ziehen lassen</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

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

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung