

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 antihypermenorrhoeicae

Hba. Capsellae 50
Hba. Equiseti 20
Hba. Alchemillae
Hba. Millefolii aa 15

M.f. spec. antihypermenorrhoeicae

D.S. 1 Esslöffel mit heißem 250ml Wasser
übergießen, 5-10 Minuten zugedeckt ziehen
lassen

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung