

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 antitussivae III</u></p> <p>Hb. Thymi..... 50</p> <p>Fol. Plantaginis..... 50</p> <p>M.D.S: Hustentee bei Reizhusten</p>
Anzahl _____	

phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung