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:

Gallentee II ÖAB

Javanische Gelbwurz…….....	30
Kümmel...……..…….	10
Löwenzahnwurzel……...…..……	40
Pfefferminzblätter …….	20

M.D.S: **Gallentee**

Rezeptgebühr

Anzahl_____

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung