ÖGK				
A B BVA	- -FR			
BVAEB-				
☐ SVS-GW				
☐ SVS-LW				
Familiennam	e(n) Vorna	ame(n) ve	ersicherungsnummer	
			///	_/
Anschrift				
Familiennam	$Familien name (n) \qquad  Vorname (n) \qquad  Versicher ung snummer$			
(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist)				_/
	T			
Taxe	Gültig: 1 Monat ab	Verordnung Da	atum:	
				e.at
	Species cholago	ogae I ÖAB		phytotherapie.at
	Rad. Taraxaci			the
	Flos Chamom			yto
	Fol. Menthae			þ
	M.D.C. Callentes			
	Wi.D.S. Ganene			phytotherapie.at
				apie
				ther
				yto
				hd
				-
				erapie.at
Pozontaobühr				apie
Rezeptgebühr				
				phytoth
Anzahl				ph
Stomacl d	ar Anothoks	1		-
stempel de	er Apotheke			
		Stempel und Uni	terschrift der Ärztin/des A	rztes
			ei Rezeptgebührenbefreiu	