

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: <b>1 Monat ab Verordnung</b> Datum: _____</p> <p><b><u>Species laxantes et antidysmenorrhoeicae</u></b></p> <p>Flos Chamomillae</p> <p>Hba. Millefolii <span style="float: right;">aa 30</span></p> <p>Fol. Melissa</p> <p>Fol. Sennae <span style="float: right;">aa 15</span></p> <p>Fol. Menth. pip. <span style="float: right;">10</span></p> <p>M.f. spec. laxantes et antidysmenorrhoeicae</p> <p>D.S. 2 Teelöffel mit ¼ l kochendem Wasser übergießen, 10 Minuten ziehen lassen; tgl. 2-3 Tassen.</p> <p><b>NICHT IN DER SCHWANDERSCHAFT!</b></p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

phytotherapie.at  phytotherapie.at  phytotherapie.at 

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung