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 sedativae II ÖAB

Flos Lupuli ..…..…..…...…… 40
Fol. Melissae …….…....…….. 50
Flos Lavandulae …...……...….10

M.D.S: **Beruhigender Tee**

Rezeptgebühr

Anzahl_____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at