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 I ÖAB

Fol. Melissae ……..…….. 10
Fol. Menthae pip. ...……..…… 10
Flos Aurantii ……..……..…… 10
Pericarp. Aurantii amar. ……..… 10
Rad. Valerianae ……..…. 60

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

Rezeptgebühr

Anzahl_____

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung