

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:
	<u>Appetitanregender Tee 3 (ÖAB)</u> Bitterorangenschale..... 20.0 Schafgarbenkraut..... 40.0 Ingwerwurzel..... 20.0 Andornkraut..... 20.0 M.D.S: Appetitanregender Tee
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung