

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 2 (ÖAB)</u> Wermutkraut..... 20.0 Angelikawurzel..... 40.0 Bitterorangenschale..... 20.0 Condurangorinde..... 20.0 M.D.S: Appetitanregender Bittertee
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung