

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 stomachicae II (ÖAB)

Herba Absinthii..... 20.0

Rad. Angelicae..... 40.0

Pericarp. Aurantii amari..... 20.0

Cortex Condurangi..... 20.0

M.D.S: **Appetitanregender Bittertee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at



phytotherapie.at



phytotherapie.at

