

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:

Appetitanregender Tee 1 (ÖAB)

Wermutkraut..... 20.0
Kalmuswurzel.. 40.0
Ingwerwurzel..... 30.0
Rosmarinblatt..... 10.0

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung