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 ad usum eluarum oris II - ÖAB

Lich. Islandici		
Fruct. Foeniculi		
Rad. Liquiritiae	aa	5,0
Fol. Plantaginis		7,5
Rad. Altheae		12,5
Herb. Thymii		15,0

M.D.S. Mehrmals täglich gurgeln oder spülen, nicht trinken.

Rezeptgebühr

Anzahl_____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at