

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:

Harntreibender Tee III ÖAB

- Hauhechelwurzel 40
- Queckenwurzelstock..... 40
- Löwenzahnwurzel..... 20

M.D.S: **Harntreibender Tee**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung