

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	<p>Gültig: 1 Monat ab Verordnung Datum: _____</p> <p><u>Species diureticae III ÖAB</u></p> <p>Rad. Ononidis (Hauhechelwurzel)..... 40</p> <p>Rhiz. Graminis (Queckenwurzelstock)..... 40</p> <p>Rad. Taraxaci (Löwenzahnwurzel)..... 20</p> <p>M.D.S: Harntreibender Tee</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at
 phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung