

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 diureticae III ÖAB**

Rad. Ononidis ..... 40

Rhizoma Graminis..... 40

Rad. Taraxaci..... 20

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

Rezeptgebühr

Anzahl \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung