

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 II ÖAB

- Hb. Solidaginis (Goldrutenkraut)..... 40
- Fol. Orthosiphonis (Orthosiphonblätter)... 30
- Fol. Betulae (Birkenblätter)..... 15
- Hb. Equiseti (Schachtelhalmkraut)..... 15

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung