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 urologicae III

Fol. Uvae ursi……..…….…… 40

Hb. Equiseti…….…….…… 30

Rad. Ononidis…...……..…… 15

Rad. Liquiritiae…….…….…… 15

M.D.S: **Blasentee**

Rezeptgebühr

Anzahl_____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at