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:
	<u>Species urologicae II – ÖAB</u> Fol. Uvae ursi (Bärentraubenbl.)…. 45 Rad. Ononidis (Hauhechel)..... 20 Hb. Solidaginis (Goldrute)…….. 15 Fol. Orthosiphonis (Orthosiphonbl.) 20 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