

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 urologicae I – ÖAB</u></p> <p>Fol. Uvae ursi..... 35</p> <p>Hb. Herniariae..... 35</p> <p>Fol. Betulae..... 30</p> <p>M.D.S: Blasentee</p>
Rezeptgebühr	
Anzahl _____	

 phyllotherapy.at
 phyllotherapy.at
 phyllotherapy.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung