

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 I ÖAB

- Rad. Levistici (Liebstöckelwurzel)..... 25
- Rad. Liquiritiae (Süßholzwurzel)..... 25
- Rad. Ononidis (Hauhechelwurzel)..... 25
- Fruct. Juniperi (Wacholderbeeren)..... 25

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

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung