

Die einfache Verordnung von SyrSpend® SF



Flüssigkeit

Konservierung:
Natriumbenzoat <0,1%

Gebrauchsfertig



Pulver

Konservierung:
< 0,2% Kaliumsorbat

Unkonserviert

Nutzen Sie
für die Herstellung
unsere praktische
Kompatibilitäts-
tabelle.



SyrSpend® SF PH4
pH-Wert: 4 – 5
für optimale Kompatibilität

Aromafrei

PZN: 13359033 (500 ml)
PZN: 13359062 (1000 ml)

Orangenaroma

PZN: 15240879 (500 ml)

Kirscharoma

PZN: 13358973 (500 ml)
PZN: 13359004 (1000 ml)



SyrSpend® SF PH4 NEO
pH-Wert: 4 – 5
für die Einarbeitung
säurestabiler Wirkstoffe

Aromafrei

PZN: 19730043
(8er Pack)



SyrSpend® SF PH4
pH-Wert: 4 – 5
für die Einarbeitung
säurestabiler Wirkstoffe

Aromafrei

PZN: 11111346 (40 g)
PZN: 18824173 (100 g)

Kirscharoma

PZN: 18823788 (40 g)



SyrSpend® SF Alka
pH-Wert: > 7
für die Einarbeitung
säurelabiler Wirkstoffe

Aromafrei

PZN: 11111352 (40 g)
PZN: 19732050 (100 g)

Kirscharoma

PZN: 16329854 (40 g)

Bei weiteren Fragen rund um
das Thema Rezeptur wenden Sie sich
gerne an unser Team der Rezepturhilfe
unter rezepturhilfe@fagron.de.

Fagron
personalizing
medicine

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs-mittel	Impl-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK			
Geb. pfl.		Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
noctu		geb. am		Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe					
Sonstige		Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:		1. Verordnung					
Unfall		Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:		2. Verordnung					
Arbeits-unfall								3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztsstempel	
auf idem		Melatonin		0,30 g									
auf idem		SyrSpend® SF PH4 flüssig		ad 100,00 ml									
auf idem		Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen											
auf idem													
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		[][][][][][]		Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs-mittel	Impl-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK			
Geb. pfl.		Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
noctu		geb. am		Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe					
Sonstige		Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:		1. Verordnung					
Unfall		Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:		2. Verordnung					
Arbeits-unfall								3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztsstempel	
auf idem		Hydrochlorothiazid		0,50 g									
auf idem		SyrSpend® SF PH4 Pulver		q.s.									
auf idem		Gereinigtes Wasser		ad 100,00 ml									
auf idem		Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen											
auf idem													
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		[][][][][][]		Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs-mittel	Impl-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK			
Geb. pfl.		Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
noctu		geb. am		Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe					
Sonstige		Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:		1. Verordnung					
Unfall		Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:		2. Verordnung					
Arbeits-unfall								3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztsstempel	
auf idem		Sildenafilcitrat		0,25 g									
auf idem		SyrSpend® SF PH4 NEO Pulver		q.s.									
auf idem		Gereinigtes Wasser		ad 100,00 ml									
auf idem		Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen											
auf idem													
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		[][][][][][]		Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs-mittel	Impl-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK			
Geb. pfl.		Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
noctu		geb. am		Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe					
Sonstige		Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:		1. Verordnung					
Unfall		Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:		2. Verordnung					
Arbeits-unfall								3. Verordnung					
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztsstempel	
auf idem		Omeprazol		0,20 g									
auf idem		SyrSpend® SF ALKA Pulver		q.s.									
auf idem		Gereinigtes Wasser		ad 100,00 ml									
auf idem		Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen											
auf idem													
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		[][][][][][]		Abgabedatum in der Apotheke								Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											