

Die einfache Verordnung von SyrSpend® SF



Flüssigkeit

Konservierung:
Natriumbenzoat <0,1%

Gebrauchsfertig



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)



Pulver

Konservierung:
< 0,2% Kaliumsorbat

Unkonserviert



SyrSpend® SF PH4 NEO pH-Wert: 4 – 5

für die Einarbeitung
säurestabiler Wirkstoffe



SyrSpend® SF PH4 pH-Wert: 4 – 5

für die Einarbeitung
säurestabiler Wirkstoffe



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.

Nutzen Sie
für die Herstellung
unsere praktische
Kompatibilitäts-
tabelle.

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger																																								
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten																																								
noctu	geb. am																																								
Sonstige																																									
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:																																						
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:																																						
aut idem	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																																								
aut idem	Melatonin SyrSpend® SF PH4 flüssig ad 100,00 ml																																								
aut idem	Dosierung: x ml x mal täglich einnehmen																																								
0,30 g																																									
Vertragsarztstempel																																									
Unterschrift des Arztes																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Abgabedatum in der Apotheke																																									
<input type="text"/> Unfalltag <input type="text"/> Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BVG</td> <td style="width: 10%;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 10%;">Impf-stoff</td> <td style="width: 10%;">Spr. St. Bedarf</td> <td style="width: 10%;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 10%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">2. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">3. Verordnung</td> </tr> </table>						BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe						1. Verordnung						2. Verordnung						3. Verordnung					
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																																				
Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																							
Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe																																									
1. Verordnung																																									
2. Verordnung																																									
3. Verordnung																																									

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger																																								
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten																																								
noctu	geb. am																																								
Sonstige																																									
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:																																						
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:																																						
aut idem	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																																								
aut idem	Hydrochlorothiazid SyrSpend® SF PH4 Pulver																																								
aut idem	Gereinigtes Wasser ad 100,00 ml																																								
0,50 g																																									
q.s.																																									
Vertragsarztstempel																																									
Unterschrift des Arztes																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Abgabedatum in der Apotheke																																									
<input type="text"/> Unfalltag <input type="text"/> Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BVG</td> <td style="width: 10%;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 10%;">Impf-stoff</td> <td style="width: 10%;">Spr. St. Bedarf</td> <td style="width: 10%;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 10%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">2. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">3. Verordnung</td> </tr> </table>						BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe						1. Verordnung						2. Verordnung						3. Verordnung					
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																																				
Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																							
Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe																																									
1. Verordnung																																									
2. Verordnung																																									
3. Verordnung																																									

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger																																								
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten																																								
noctu	geb. am																																								
Sonstige																																									
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:																																						
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:																																						
aut idem	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																																								
aut idem	Sildenafilcitrat SyrSpend® SF PH4 NEO Pulver q.s.																																								
aut idem	Gereinigtes Wasser ad 100,00 ml																																								
0,25 g																																									
Vertragsarztstempel																																									
Unterschrift des Arztes																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Abgabedatum in der Apotheke																																									
<input type="text"/> Unfalltag <input type="text"/> Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BVG</td> <td style="width: 10%;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 10%;">Impf-stoff</td> <td style="width: 10%;">Spr. St. Bedarf</td> <td style="width: 10%;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 10%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">2. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">3. Verordnung</td> </tr> </table>						BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe						1. Verordnung						2. Verordnung						3. Verordnung					
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																																				
Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																							
Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe																																									
1. Verordnung																																									
2. Verordnung																																									
3. Verordnung																																									

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger																																								
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten																																								
noctu	geb. am																																								
Sonstige																																									
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:																																						
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:																																						
aut idem	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)																																								
aut idem	Omeprazol SyrSpend® SF ALKA Pulver q.s.																																								
aut idem	Gereinigtes Wasser ad 100,00 ml																																								
0,20 g																																									
q.s.																																									
Vertragsarztstempel																																									
Unterschrift des Arztes																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Abgabedatum in der Apotheke																																									
<input type="text"/> Unfalltag <input type="text"/> Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																																									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BVG</td> <td style="width: 10%;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 10%;">Impf-stoff</td> <td style="width: 10%;">Spr. St. Bedarf</td> <td style="width: 10%;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 10%;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">1. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">2. Verordnung</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">3. Verordnung</td> </tr> </table>						BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe						1. Verordnung						2. Verordnung						3. Verordnung					
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr. St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK																																				
Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																							
Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe																																									
1. Verordnung																																									
2. Verordnung																																									
3. Verordnung																																									