Wählen Sie SyrSpend® SF passend zum Wirkstoff

Nutzen Sie für die Herstellung unsere praktische Kompatibilitäts-tabelle.

Flüssigkeit	Pulver	
Konserviert	Konservierung: < 0,2% Sorbinsäure	Unkonserviert
Gebrauchsfertig		

SyrSpend® SF PH4

pH-Wert: 4,0 - 4,4

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: ~ 4,2

für die Einarbeitung säurestabiler Wirkstoffe

Aromafrei
PZN: 17878882 (8 × 6,5 g)

SyrSpend® SF PH4

pH-Wert: ~ 4,2

für die Einarbeitung säurestabiler Wirkstoffe

Aromafrei
PZN: 11111346 (40 g)

SyrSpend® SF Alka

pH-Wert: > 7

für die Einarbeitung säurelabiler Wirkstoffe

Aromafrei
PZN: 11111352 (40 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

Gebührfrei | Geb. pfl. | noctu | Sonstige | Unfall | Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr..St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status:

Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

Betriebsstätten-Nr: | Arzt-Nr: | Datum:

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

Melatonin 0,30 g
SyrSpend® SF PH4 flüssig ad 100,00 ml
Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen

aut idem

aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

MUSTER

Gebührfrei | Geb. pfl. | noctu | Sonstige | Unfall | Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr..St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status:

Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

Betriebsstätten-Nr: | Arzt-Nr: | Datum:

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

Hydrochlorothiazid 0,50 g
SyrSpend® SF PH4 Pulver 6,50 g
Gereinigtes Wasser ad 100,00 ml
Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen

aut idem

aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

MUSTER

Gebührfrei | Geb. pfl. | noctu | Sonstige | Unfall | Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr..St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status:

Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

Betriebsstätten-Nr: | Arzt-Nr: | Datum:

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

Sildenafilcitrat 0,25 g
SyrSpend® SF PH4 NEO Pulver 6,50 g
Gereinigtes Wasser ad 100,00 ml
Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen

aut idem

aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

MUSTER

Gebührfrei | Geb. pfl. | noctu | Sonstige | Unfall | Arbeitsunfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr..St. Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status:

Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

Betriebsstätten-Nr: | Arzt-Nr: | Datum:

3. Verordnung

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut idem

Omeprazol 0,20 g
SyrSpend® SF ALKA Pulver 6,30 g
Gereinigtes Wasser ad 100,00 ml
Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen

aut idem

aut idem

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes

Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

MUSTER