

Wählen Sie SyrSpend® SF passend zum Wirkstoff

 Flüssigkeit

Konserviert

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)

 Pulver

Konservierung:
< 0,2% Sorbinsäure

Unkonserviert



SyrSpend® SF PH4 NEO
pH-Wert: ~ 4,2
für die Einarbeitung
säurestabiler Wirkstoffe

Aromafrei

PZN: 19730043
(8er Pack)



SyrSpend® SF PH4
pH-Wert: ~ 4,2
für die Einarbeitung
säurestabiler Wirkstoffe

Aromafrei

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

Kirscharoma

PZN: 18823788 (40g)

Nutzen Sie
für die Herstellung
unsere praktische
Kompatibilitäts-
tabelle.



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

Aromafrei

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

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		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
noctu			Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung		3. Verordnung		
Arbeits- unfall		Datum:	Vertragsarztstempel				

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

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

auf idem auf idem auf idem

Abgabedatum in der Apotheke Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
noctu			Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung		3. Verordnung		
Arbeits- unfall		Datum:	Vertragsarztstempel				

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

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

auf idem auf idem auf idem

Abgabedatum in der Apotheke Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
noctu			Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung		3. Verordnung		
Arbeits- unfall		Datum:	Vertragsarztstempel				

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Sildenafilcitrat **0,25 g**
SyrSpend® SF PH4 NEO Pulver **q.s.**
Gereinigtes Wasser **ad 100,00 ml**
Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen

auf idem auf idem auf idem

Abgabedatum in der Apotheke Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
noctu			Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe	
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		
Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung		3. Verordnung		
Arbeits- unfall		Datum:	Vertragsarztstempel				

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Omeprazol **0,20 g**
SyrSpend® SF ALKA Pulver **q.s.**
Gereinigtes Wasser **ad 100,00 ml**
Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen

auf idem auf idem auf idem

Abgabedatum in der Apotheke Unterschrift des Arztes

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer