

Wählen Sie SyrSpend® SF passend zum Wirkstoff

Nutzen Sie für die Herstellung unsere praktische Kompatibilitätstabelle.

 Flüssigkeit

 Pulver

Konserviert

Konservierung:
< 0,2% Sorbinsäure

Unkonserviert

Gebrauchsfertig



SyrSpend® SF PH4
pH-Wert: 4,0 - 4,4
für optimale Kompatibilität

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

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

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

Aromafrei

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

Orangenaroma

PZN: 15240879 (500 ml)

Kirscharoma

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

Aromafrei

PZN: 19730043
(8er Pack)

Aromafrei

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

Kirscharoma

PZN: 18823788 (40g)

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				
Unfall	Status:		2. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung				
	Datum:		Vertragsarztstempel				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
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							
	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
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				
Unfall	Status:		2. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung				
	Datum:		Vertragsarztstempel				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
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							
	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
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				
Unfall	Status:		2. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung				
	Datum:		Vertragsarztstempel				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
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							
	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
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				
Unfall	Status:		2. Verordnung				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	3. Verordnung				
	Datum:		Vertragsarztstempel				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
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							
	Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						