

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: 17878882 (8 × 6,5 g)



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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">BVG</td> <td style="width: 20px;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 20px;">Impf-stoff</td> <td style="width: 20px;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 20px;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 100px;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>Zuzahlung</td> <td colspan="5">Gesamt-Brutto</td> </tr> </table>	BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK									
Zuzahlung	Gesamt-Brutto													
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am												
noctu														
Sonstige														
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:											
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:											
	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													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>							Abgabedatum in der Apotheke	Unterschrift des Arztes					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!														
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer													

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">BVG</td> <td style="width: 20px;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 20px;">Impf-stoff</td> <td style="width: 20px;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 20px;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 100px;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>Zuzahlung</td> <td colspan="5">Gesamt-Brutto</td> </tr> </table>	BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK									
Zuzahlung	Gesamt-Brutto													
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am												
noctu														
Sonstige														
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:											
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:											
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)													
auf idem	Hydrochlorothiazid	0,50 g												
auf idem	SyrSpend® SF PH4 Pulver	6,50 g												
auf idem	Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>							Abgabedatum in der Apotheke	Unterschrift des Arztes					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!														
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer													

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">BVG</td> <td style="width: 20px;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 20px;">Impf-stoff</td> <td style="width: 20px;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 20px;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 100px;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>Zuzahlung</td> <td colspan="5">Gesamt-Brutto</td> </tr> </table>	BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK									
Zuzahlung	Gesamt-Brutto													
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am												
noctu														
Sonstige														
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:											
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:											
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)													
auf idem	Sildenafilcitrat	0,25 g												
auf idem	SyrSpend® SF PH4 NEO Pulver	6,50 g												
auf idem	Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>							Abgabedatum in der Apotheke	Unterschrift des Arztes					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!														
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer													

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">BVG</td> <td style="width: 20px;">Hilfs-mittel</td> <td style="width: 20px;">Impf-stoff</td> <td style="width: 20px;">Spr.-St. Bedarf</td> <td style="width: 20px;">Begr.-Pflicht</td> <td style="width: 100px;">Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>Zuzahlung</td> <td colspan="5">Gesamt-Brutto</td> </tr> </table>	BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Zuzahlung	Gesamt-Brutto				
BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK									
Zuzahlung	Gesamt-Brutto													
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am												
noctu														
Sonstige														
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:											
Arbeits-unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:											
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)													
auf idem	Omeprazol	0,20 g												
auf idem	SyrSpend® SF ALKA Pulver	6,30 g												
auf idem	Dosierung: × ml × mal täglich einnehmen													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>							Abgabedatum in der Apotheke	Unterschrift des Arztes					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!														
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebnummer													