

REGENAPLEX REZEPTUR



Verordnung für: *Herr* – *Frau*

Datum: _____

Praxisstempel

1. Glas

Arzneimittelname	Tropfen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Glas

Arzneimittelname	Tropfen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Glas

Arzneimittelname	Tropfen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wasser gut einspeicheln und schluckweise austrinken

Kommentar: