

# 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:**