

# Rezept

Name der Praxis: ..... ..... ..... ..... .....
---

Rp. Ammoniakalische Silbernitratlösung

Name Patient

m.f.

Wirkstoff	Dosierung
Argentum nitricum	25%
Ammonii hydroxidi sol 25%	5 guttae
Aqua purificata	ad 8g

Anwendung:

Stempel der Praxis

Datum: .....

Unterschrift Zahnarzt .....

Senden an: Apotheke Dr. Hörmann AG, Bahnhofstrasse 12, 8570 Weinfelden  
Fax: 071 620 04 22 E-Mail: apotheke.hoermann.weinfelden@ifak-hin.ch