



INTERSTITIELLE ZYSTITIS

Bestellung per FAX: +49 6174 9929-689 · per E-Mail: spb@apotheke-koenigstein.de

Praxis: _____

Patientenname: _____ | Geburtsdatum: _____

Applikationsdatum: _____

Stempel: _____

INTERSTITIELLE ZYSTITIS

in Blasenspritze 40 ml	Menge
Chondroitin 400 mg / Lidocain 2 % / Na-Hyaluronat 40 mg in NaCl 40 ml	

Bemerkungen: _____

Verschreibungspflichtig