

Allgemeine Angaben/Kinderwunsch  | Gesundheitszustand  | Medikamente  | Krankheiten  | Persönliche Situation & Beruf 

Wie regelmäßig haben Sie Ihre ärztlich verordneten Medikamente in den letzten 4 Wochen eingenommen?

Bitte notieren Sie den Medikamentennamen wie auf der Packung angegeben.

	wie verordnet	häufiger oder höhere Dosierung	seltener oder geringere Dosierung	fast nie oder gar nicht
1. Medikament <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydroxychloroquin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfasalazin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methotrexat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certolizumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adalimumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etanercept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prednisolon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ibuprofen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Medikament <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor?

Invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.