

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.