

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="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="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.