

### Ärztliche Leitung

Dr. med. Thomas Dietze  
PD Dr. med. Christoph Jensen

### Angestellte Ärzte

Dr. med. Karl-Friedrich Appel | Dr. med. Sabine Appel | Dr. med. Darius Dyarmand  
Dr. Elizaveta Hermann | Dr. med. Ansgar Hillejan | Bakri M. Marchha  
Jaber Al Massalmeh | Prof. Dr. med. Jörg Neuzner | Dr. med. Christian Reiner  
Dr. med. Marco Schmiedl | Dr. med. Mohammed Thamer | Dr. med. Andreas Utech  
Dr. med. Andreas Weigel

### Zweigpraxen

Stettiner Str. 5 | 34225 Baunatal  
Bahnhofstr. 36 A | 34582 Borken  
Obermarkt 36 | 35066 Frankenberg  
Am Hospital 11 | 34560 Fritzlar  
Am Forstgarten 1 | 34212 Melsungen  
Steinstraße 30 | 37213 Witzenhausen

Patientenname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon Privat	
Telefon Mobil	
E-Mail	

Größe und Gewicht	cm	kg
Raucher	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> wieviel
Beruf		
Blutgruppenausweis	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <b>(wenn ja, legen Sie diesen bitte am Empfang vor!)</b>	
Amtliche Betreuung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Betreuer:	
Patientenverfügung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bevollmächtigt:	

Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Familie: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wer:
Erkrankungen Herzkranzgefäße	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Familie: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wer:
Herzinfarkt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Familie: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wer:
Herzkatheter Untersuchung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Bypass oder Herzklappen-Op	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Familie: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wer:
Diabetes	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Familie: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wer:
Thrombosen/Embolie	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Welche:
Gefäßerkrankung in Hals oder Beinen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wo:
Erkrankungen der Lunge	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Welche:
Erkrankungen der Niere	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Welche:
Schnarchen/Atempausen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Allergien	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Worauf:
Einschränkung Gehstrecke	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Vorerkrankungen/Operationen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Welche: