

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

Angestellte Ärzte
Dr. med. Karl-Friedrich Appel | Dr. (Med.Akad.Mos.) Elizaveta Hermann | Inna Schnegelberger
Dr. med. Michael Bell | Dr. med. Ansgar Hillejan | Munira Baqae
Dr. med. Darius Dyarmand | Bakri M. Marchha | Dr. med. Andreas Weigel
Khaled Al Maaz | Dr. (Univ.Sum.) Hendra Ginting | Dr. med. Marco Schmiedl

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

Anamnesebogen

Patientenname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon-Nr.	
E-Mail	
Beruf	

Amtliche Betreuung: Nein Ja Patientenverfügung: Nein Ja

Betreuer:
Bevollmächtigt:

Bitte legen Sie uns die Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung zum Einscannen vor! Danke

Blutgruppenausweis: **wenn Sie einen haben, legen Sie diesen am Empfang vor!** Danke

Größe und Gewicht:	m		kg	
Raucher:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wie viel?	/ Tag
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Verwandte:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wer:
Erkrankungen Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Verwandte:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wer:
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Verwandte:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wer:
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Verwandte:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wer:
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Verwandte:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wer:
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:	
Erkrankungen der Lunge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:	
Erkrankungen der Niere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wo:	
Vorerkrankungen/Operationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:	
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Worauf:	
Thrombose/ Embolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Einschränkungen Gehstrecke	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Gefäßkrankung in Hals o. Beinen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Herzkatheter Untersuchung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wo/Wann?	
Bypass oder Herzklappen OP	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wo/Wann?	
Schnarchen/ Atempausen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		

Platz für Ihre ergänzenden Angaben: