

**Verwaltung**  
**Ärztlicher Fragebogen HB**

**DRK Pflegezentrum Herborn**  
**Schlossstr. 20**

**35745 Herborn**

**Tel.: 02772/ 924 83 - 0**  
**Fax: 02772/ 924 83 - 90**

**Name, Anschrift des Arztes:**

**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Ärztlicher Fragebogen**  
**für die Aufnahme in das DRK Pflegezentrum Herborn**

**Vom Hausarzt oder zuletzt behandelnden Arzt ausfüllen lassen!**  
**Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes bitte ankreuzen und bitte per Fax vorab an das DRK Pflegezentrum Herborn senden. Fax 02772/92483-90 Vielen Dank!**

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_

**1. Ist der Patient/Patientin:**

|                            |                               |                                     |                                      |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Örtlich orientiert?        | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Zeitlich orientiert?       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Zur Person orientiert?     | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Nachts ruhig?              | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Situativ orientiert        | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Stuhlinkontinent?          | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       |                                      |
| Harninkontinent?           | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein       |                                      |
| Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | _____                                |
| Suchtkrankheiten?          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | _____                                |

**2. Ist eine spezielle Diät erforderlich, z.B. Diabetes-Diät (BE)?** \_\_\_\_\_

**3. Ist der Patient/die Patientin frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?**

☐ ja ☐ nein, welche? \_\_\_\_\_

**4. Diagnosen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte ggf. die entsprechenden Maßnahmen bei der Behandlungspflege eintragen.**

**Verwaltung  
Ärztlicher Fragebogen HB**

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Medikamentenverordnung**

| Medikament | morgens | mittags | abends | nachts |
|------------|---------|---------|--------|--------|
|            |         |         |        |        |
|            |         |         |        |        |
|            |         |         |        |        |
|            |         |         |        |        |
|            |         |         |        |        |
|            |         |         |        |        |
|            |         |         |        |        |

**Bedarfsmedikation**

| Bedarfssituation | Medikament | Dosierung |
|------------------|------------|-----------|
|                  |            |           |
|                  |            |           |
|                  |            |           |

**Verordnung Behandlungspflege**

|  | Täglich | Wöchentlich |
|--|---------|-------------|
|  |         |             |
|  |         |             |
|  |         |             |

**Sondenkost**

| Art der Sondenkost | Menge | Flüssigkeit / Menge |
|--------------------|-------|---------------------|
|                    |       |                     |
|                    |       |                     |

**5. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

\_\_\_\_\_, den

**Stempel und Unterschrift des Arztes**

|            |             |
|------------|-------------|
| Datum      | Freigegeben |
| 29.04.2025 | Heimleitung |