Bezirksgemeinschaft Salten - Schlern
Comunità comprensoriale di Salto - Sciliar
Cumunità raion Salten - Scilier

Ärztlicher Fragebogen / *Questionario medico*

(mit dem Hausarzt auszufüllen und dem Ansuchen um Aufnahme beizulegen)
(compilare assieme al medico di famiglia e consegnare con la richiesta d'ammissione)

Für die Aufnahme in das Altersheim von
Per l'ammissione nella casa di riposo di ……..

Name / *nome*.....……..

Geboren am / *nato/a il* ....., in/*a* .....…

Aufstehen/*Alzarsi*	
Alleine - *autonomamente*	
Nach Aufforderung - *con sollecitazione*	
Hilfe - *con aiuto*	
Komplett Abhängigkeit - *completamente inabile*	

Gehfähigkeit/*Deambulazione*	
Ist frei gehfähig - *cammina autonomamente*	
Braucht Stock/Rollator als Gehhilfe - *serve l'aiuto del bastone o del deambulatore*	
Muss begleitet werden - *deve essere accompagnata/o*	
Braucht Rollstuhl/ist bettlägrig – *Si sposta solo su carrozzina/è allettato*	

Ernährung/*Alimentazione*	
Selbständig – *si alimenta in autonomia*	
Aufforderung oder Teilhilfe – *con sollecitazione o aiuto parziale*	
Aufsicht/Dysphagie – *con sorveglianza/presenza di disfagia*	
Muss eingegeben werden - *deve essere imboccata/o*	

Ausscheidung/*Evacuazione*	
Selbständig – *autonomo/a*	
Hilfestellung – *con assistenza*	
Teilweise inkontinent – *parzialmente incontinente*	
Inkontinent - *incontinente*	

Harninkontinenz/*Incontinenza urinaria*	
Kontinent – *nessuna incontinenza*	
Gelegentlich inkontinent – *saltuariamente incontinente*	
Inkontinent – *incontinente*	
Dauerkatheter – *catetere permanente*	

Ankleiden/*Vestirsi*	
Selbständig – *autonoma/o*	
Aufforderung oder Teilhilfe – *con sollecitazione o aiuto parziale*	
Komplett Abhängigkeit - *completamente dipendente*	

Körperhygiene/*Igiene personale*	
Selbständig – *autonoma/o*	
Aufforderung oder Teilhilfe – *con sollecitazione o aiuto parziale*	
Komplett Abhängigkeit - *completamente dipendente*	

Gehör/*Udito*	
Gut - *buono*	
Mäßig vermindert – *moderatamente ridotto*	
Stark vermindert – *gravemente ridotto*	
Hörgerät – *apparecchio acustico*	

Sehkraft/*Vista*	
Gut – *buona*	
Leicht vermindert – *leggermente ridotta*	
Stark vermindert – *gravemente ridotta*	

Merkfähigkeit/*Memoria*	
Normal - *normale*	
Vermindert – *scarsa*	
Stark beeinträchtig – *gravemente compromessa*	

Orientierung zeitlich-örtlich/*Orientamento spazio-temporale*	
Normal - *normale*	
Leicht verwirrt – *un po´confuso*	
Desorientiert - *disorientata/o*	

Gemütsstimmung/*Stato d'animo*	
Ausgeglichen - *equilibrato*	
Depressiv - *depressivo*	
Apathisch - *apatica/o*	
Beunruhigt - *agitata/o*	
Leidet unter Angst und Wahnvorstellungen – *stati ansiosi*	

Kommunikation/*Comunicazione*	
Normal - *normale*	
Leicht abgestumpft – *lievemente compromessa*	
Verweigert – *rifiuta ogni comunicazione*	

Nachts/*Di notte*	
Ruhig- *tranquilla/o*	
Gelegentlich Schlafstörungen - *a volte disturbi del sonno*	
Öfters unruhig – *spesso agitata/o*	
Erfordert eine medikam. Behandlung für den Nachtschlaf – *terapia farmacologica*	

Persönliche Sicherheit/*Sicurezza personale*	
Weglauftendenz/Rückfindungsprobleme – *pericolo di fuga*	
Sturzgefahr - *rischio di cadute*	
Freiheit einschränkende Maßnahmen – *misure di contenzione fisica*	

Allergien von Medikamente / *Allergie a medicinali*
□ nein/*no* □ ja/*sì*,
welche/*quale* .....

Allergien oder Intolleranzen von Lebensmittel / *Allergie alimentari o intolleranze*
□ nein/*no* □ ja/*sì*,
welche/*quale* .....

Kurze Krankengeschichte / *Riepilogo quadro clinico*:

……

……

……

Diagnose derzeit / *Diagnosi attuale*:

……

……

……

Therapie derzeit / *Terapia farmacologica in atto*:

……

……

……

Erforderliche Diät / *dieta prescritta*:

……

Bemerkungen des Arztes / *osservazioni del medico*:

……

……

Der Patient ist nicht von ansteckender Krankheit befallen, wenn ja bitte angeben:
Il paziente non è affetto da malattie infettive o contagiose, se sì, si prega di elencarle:

……

Stempel und Unterschrift des Hausarztes als Bescheinigung der Wahrheit des obenausgefüllten:
Timbro e firma del medico di medicina generale (MMG) a titolo di attestazione di verità di quanto sopra compilato:

_____

Ort und Datum/*luogo e data*

_____