

Ärztlicher Fragebogen
Questionario medico

(vom Hausarzt oder drzt. behandelndem Arzt auszufüllen)
(da compilare dal medico di fiducia o dal medico curante)

Zur Aufnahme in der Robert Prossliner Stiftung von Frau/Herrn
Per l'ammissione nella fondazione Robert Prossliner di

Vorname und Zuname

Nome e Cognome

geboren in

nata/o a

wohnhaf in

residente a

derzeitiger Aufenthalt

attuale sistemazione

am

il

Straße

via

Nr.

nr.

✓ bitte Zutreffendes ankreuzen / *barrare una delle caselle:*

1. SELBSTÄNDIGKEIT – CONDIZIONI GENERALI

ist frei gehfähig <i>può camminare</i>	<input type="checkbox"/> ja / <i>si</i> <input type="checkbox"/> nein / <i>no</i> <input type="checkbox"/> braucht Stock als Gehhilfe/ <i>serve l'aiuto del bastone</i> <input type="checkbox"/> muss gelegentlich begleitet werden/ <i>deve essere accompagnato/a talvolta</i> <input type="checkbox"/> muss immer begleitet werden/ <i>deve essere accompagnato sempre</i> <input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl/ <i>serve la sedia a rotelle</i> <input type="checkbox"/> ist bettlägrig/ <i>necessita degenza</i>
ist beim Essen <i>per mangiare</i>	<input type="checkbox"/> selbständig/autonomo/a <input type="checkbox"/> braucht Hilfe/ <i>serve aiuto</i>
ist beim An-und Auskleiden <i>vestirsi e svestirsi</i>	<input type="checkbox"/> selbständig/autonomo/a <input type="checkbox"/> braucht Hilfe/ <i>serve aiuto</i>
wäscht sich <i>per lavarsi</i>	<input type="checkbox"/> selbständig/autonomo/a <input type="checkbox"/> braucht Hilfe/ <i>serve aiuto</i>
benützt die Toilette <i>usa il gabinetto</i>	<input type="checkbox"/> selbständig/autonomo/a <input type="checkbox"/> braucht Hilfe/ <i>serve aiuto</i>
Harninkontinenz <i>incontinenza urinaria</i>	<input type="checkbox"/> nein/ <i>no</i> <input type="checkbox"/> mitunter/ <i>saltuaria</i> <input type="checkbox"/> Dauerkatheter/ <i>cat. ves. permanente</i>
Gehör / <i>udito</i>	<input type="checkbox"/> gut/ <i>buono</i> <input type="checkbox"/> mässig vermindert/ <i>moderato ridotto</i> <input type="checkbox"/> stark vermindert/ <i>gravemente ridotto</i> <input type="checkbox"/> Hörgerät/ <i>apparecchio acustico</i>
Sehkraft / <i>vista</i>	<input type="checkbox"/> gut/ <i>buona</i> <input type="checkbox"/> leicht vermindert/ <i>moderatamente ridotta</i> <input type="checkbox"/> stark vermindert/ <i>gravemente ridotta</i>

2. GEISTIG- UND SEELISCHE VERFASSUNG / STATO PSICHICO

MERKFÄHIGKEIT ATTENZIONE	<input type="checkbox"/> normal/ <i>vigile</i> <input type="checkbox"/> vermindert/ <i>scarsa</i> <input type="checkbox"/> schwer gestört/ <i>assente</i>
ORIENTIERUNG ORIENTAMENTO	<input type="checkbox"/> normal/ <i>normale</i> <input type="checkbox"/> leicht verwirrt/ <i>lievem.alterato</i> <input type="checkbox"/> desorientiert/ <i>assente</i>
GEMÜTSSTIMMUNG EMOTIVITA	<input type="checkbox"/> ausgeglichen/ <i>equilibrata</i> <input type="checkbox"/> depressiv/ <i>depressa</i> <input type="checkbox"/> apathisch/ <i>apatica</i> <input type="checkbox"/> unruhig/ <i>agitata</i> <input type="checkbox"/> leidet unter Angst-u. Wahnvorstellungen/ <i>ansiosa-delirante</i>
KONTAKTFREUDE SOCIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> spontan/ <i>spontanea</i> <input type="checkbox"/> leicht abgestumpft/ <i>lievemente compromessa</i> <input type="checkbox"/> abweisend/ <i>ostile</i>
ALKOHOLISMUS ETILISMO	<input type="checkbox"/> nein/ <i>no</i> <input type="checkbox"/> gelegentlich/ <i>lieve</i> <input type="checkbox"/> ja/ <i>si</i>
NACHTS COMPORAMENTO NOTTURNO	<input type="checkbox"/> ruhig/ <i>tranquillo</i> <input type="checkbox"/> öfters unruhig/ <i>spesso irrequieto</i>

3. Diagnosen / Diagnosi

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

4. Medikamente / Farmaci

Medikamentenname Nome farmaco	Morgen Mattina	Mittag MG	Abend Sera	Nacht Notte
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				

5. Allfälliges / Varie

Ist eine besondere diät erforderlich? È necessaria una dieta speciale?	<input type="checkbox"/> nein/no	<input type="checkbox"/> ja/si	welche / quale
---	----------------------------------	--------------------------------	----------------

Allergien Allergie	<input type="checkbox"/> nein/no	<input type="checkbox"/> ja/si	welche / quale
-----------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------

Ansteckende Krankheiten Malattie infettive	<input type="checkbox"/> nein/no	<input type="checkbox"/> ja/si	welche / quale
---	----------------------------------	--------------------------------	----------------

Datum
Data

Stempel und Unterschrift des Arztes
Timbro e firma del medico