

Ärztlicher Fragebogen - Questionario medico

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

Vorname und
Zuname
Nome e Cognome
geboren in
nata/o a
wohnhalt in
residente a

		am il	
Straße via		Nr. nr.	

✓ bitte Zutreffendes ankreuzen / barrare una delle caselle:

1. SELBSTÄNDIGKEIT – CONDIZIONI GENERALI

ist frei gehfähig può camminare	☐ ja / sì ☐ nein / no ☐ braucht Gehhilfe/serve l'aiuto	☐ Rollstuhl/serve la sedia a rotelle ☐ ist bettlägrig/necessita degenza
Ist beim Essen Per mangiare	☐ selbständig/autonomo/a ☐ braucht Hilfe/serve aiuto	
ist beim An-und Auskleiden vestirsi e svestirsi	☐ selbständig/autonomo/a ☐ braucht Hilfe/serve aiuto	
wäscht sich per lavarsi	☐ selbständig/autonomo/a ☐ braucht Hilfe/serve aiuto	
benützt die Toilette usa il gabinetto	☐ selbständig/autonomo/a ☐ braucht Hilfe/serve aiuto	
Harninkontinenz incontinenza urinaria	☐ nein/no ☐ mitunter/saltuaria	☐ Dauerkatheter/cat. ves. permanente
Gehör / udito	☐ gut/buono ☐ vermindert/ ridotto	☐ Hörgerät/apparecchio acustico
Sehkraft / vista	☐ gut/buono ☐ vermindert/ ridotto	☐ stark vermindert/gravemente ridotta

2. GEISTIG- UND SEELISCHE VERFASSUNG / STATO PSICHICO

Merkfähigkeit Attenzione	☐ normal/vigile ☐ vermindert/scarsa	☐ schwer gestört/assente
Orientierung Orientamento	☐ normal/normale ☐ leicht verwirrt/lievem.alterato	☐ desorientiert/assente
Gemütsstimmung Emotività	☐ ausgeglichen/equilibrata ☐ depressiv/depressa ☐ apathisch/apatica	☐ unruhig/agitata ☐ leidet unter Angst-u. Wahnvorstellungen/ansiosa-delirant
Kontaktfreude Socializzazione	☐ spontan/spontanea ☐ labgestumpft/compromessa	☐ abweisend/ostile

Alkoholismus Etilismo	☐ nein/no ☐ ja/si
--	--

Verhalten nachts Comportamento notturno	☐ ruhig/tranquillo ☐ unruhig/irrequieto
--	--

3. Diagnosen / Diagnosi

4. Medikamente / Farmaci

Medikamentenname Nome farmaco	Morgen Mattina	Mittag MG	Abend Sera	Nacht Notte

5. Allfälliges / Varie

Diät erforderlich? Dieta speciale?	☐ nein/no	☐ ja/si	
Allergien Allergie	☐ nein/no	☐ ja/si	

Datum/Data

Stempel und Unterschrift des Arztes
 Timbro e firma del medico