



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

Residenza per Anziani „Bacherhof“ Tires

Via San Giorgio 22 – 39050 Tires

☎ 0471 - 642330

✉ casadiriposo.tires@ccsaltosciliar.it

Questionario medico

da compilare con il medico di famiglia e da allegare alla richiesta di ammissione

Per l'ammissione alla residenza per anziani:

DATI PERSONALI	
Cognome.....	Nome.....
Data di nascita.....	Luogo di nascita.....
Residenza.....	Data.....

BREVE STORIA CLINICA:

.....

DIAGNOSI ATTUALI:

.....

Allergie ai farmaci?

SI quali.....
 NO

Allergie o intolleranze agli alimenti?

SI quali.....
 NO

Altre allergie?

SI quali.....
 NO

TERAPIA ATTUALE:

.....

.....

.....

DISABILITÀ FISICHE

Esistono disabilità fisiche?

SI (quali).....

NO

DISTURBI PSICHICI

Esistono disturbi psichici?

SI (quali).....

NO

DIPENDENZE

Esistono dipendenze?

SI (quali)

NO

LINGUA

Quale lingua parla?

tedesco

italiano

ladino

altro.....

PARLARE

Come parla?

comprensibile

lentamente

difficile da comprendere

assente o incomprensibile

COMUNICAZIONE

Com'è l' interazione sociale

socievole

parla solo se stimolato

rifiuta la comunicazione

UMORE

Com' è l'umore?

equilibrato

preoccupato

apatico

soffre di ansia e deliri

ORIENTAMENTO

Com'è l'orientamento?

orientato nel tempo	<input type="radio"/> sempre	<input type="radio"/> a tratti	<input type="radio"/> mai
orientato nello spazio	<input type="radio"/> sempre	<input type="radio"/> a tratti	<input type="radio"/> mai
orientato alla situazione	<input type="radio"/> sempre	<input type="radio"/> a tratti	<input type="radio"/> mai

VISTA

Com'è la vista?

buona

leggermente ridotta

fortemente ridotta

con occhiali

UDITO

Come sente ?

bene

leggermente ridotta

fortemente ridotta

con apparecchio acustico

ALIMENTAZIONE

Ha bisogno di aiuto per mangiare?	Come dev'essere la consistenza del cibo?
<input type="radio"/> autonomo/a	<input type="radio"/> normal
<input type="radio"/> incentivato	<input type="radio"/> tagliato in pezzetti
<input type="radio"/> con aiuto parziale, con supervisione	<input type="radio"/> frullato
<input type="radio"/> con assistenza completa	

INCONTINENZA

Incontinenza urinaria: **SI**
 NO

incontinenza fecale : **SI**
 NO

ASSISTENZA

Ha bisogno d'aiuto per:	mai	occasionalmente	spesso	sempre
camminare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
salire le scale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lavarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vestirsi/spogliarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pettinarsi/farsi la barba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alzarsi/sedersi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
coricarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
usare il bagno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DEAMBULAZIONE

Com'è la capacità di deambulazione?

- cammina liberamente
 con accompagnamento
 necessità di un ausilio: quale?.....
 è allettato

Le disposizioni anticipate di trattamento sono presenti?

- SI** (prego allegarlo) **NO**

ALTRE OSSERVAZIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Timbro e firma del medico di famiglia come attestazione della veridicità di quanto sopra compilato

.....

Data

.....

Firma del medico