



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

Residenza per Anziani "BACHERHOF" Tires

Via San Giorgio 22 – 39050 Tires

0471 - 642330

casadiriposo.tires@ccsaltosciliar.it

Questionario medico

in occasione dell'iscrizione per l'ammissione in casa di riposo

Si prega di rispondere a tutte le domande in modo veritiero e di sputare le informazioni pertinenti.

(da compilare con il medico di base e da allegare alla richiesta di ammissione)

Per l'ammissione alla casa di riposo per anziani di Tires di:

DATI PERSONALI

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

BREVE STORIA CLINICA :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI ATTUALE:

.....
.....
.....

Allergie ai farmaci

SI NO

quali?

Allergie o intolleranze: agli alimenti

SI NO

quali?

Altre allergie:

quali?

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 lui o lei ?

- tedesco
 italiano
 ladino

PARLARE

Come parla lui o lei?

- normale
 lentamente
 difficile da capire
 assente o incomprensibile

COMUNICAZIONE

Com'è la sua comunicazione?

- socievole
 parla solo se richiesto
 rifiuta la comunicazione

UMORE

Com'è il suo umore

- equilibrato
 depresso
 apatico
 preoccupato
 soffre di ansia e deliri

COMPORTAMENTI EVIDENTI

Com'è il suo orientamento?

- orientato nel tempo a tratti sempre
 orientato nello spazio a tratti sempre
 orientato alla situazione a tratti sempre

Si verificano di notte stati di irrequietezza?

- SI
 NO

VISTA

Com'è la sua vista

- buona
 Oleggermente ridotta
 Ofortemente ridotta
 con occhiali

UDITO

Come sente ?

- bene
 Oleggermente ridotto
 Ofortemente ridotto
 O apparecchio acustico

ALIMENTAZIONE

Ha bisogno di aiuto per mangiare?

- autonomo/a
 su invito
 con aiuto parziale, con supervisione
 con assistenza completa

Come deve essere la consistenza del cibo?

- cibo solido
 tagliato in piccoli pezzi
 frullato

INCONTINENZA

- Incontinenza urinaria SI
 NO
- incontinenza fecale SI
 NO

BISOGNO DI ASSISTENZA

Ha bisogno di aiuto per:	no	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"/>
mangiare	<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"/>
pettinare/farsi la barba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alzarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andare a letto	<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"/>

CAPACITÀ DI CAMMINARE

Com'è la capacità di deambulazione ?

- cammina liberamente
 necessita di un ausilio per camminare, quale?
 deve essere accompagnato
 ha bisogno di una sedia a rotelle
 è allettato

Esiste un testamento biologico?

- SI
 NO

ALTRÉ OSSERVAZIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

(Data)

(Firma del medico)