

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 spuntare 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

☐ leggermente ridotta

☐ fortemente ridotta

☐ con occhiali

UDITO

Come sente ?

☐ bene

☐ leggermente ridotto

☐ fortemente ridotto

☐ apparecchio acustico

ALIMENTAZIONE

Ha bisogno di aiuto per mangiare?	Come deve essere la consistenza del cibo?
<input type="radio"/> autonomo/a	<input type="radio"/> cibo solido
<input type="radio"/> su invito	<input type="radio"/> tagliato in piccoli pezzi
<input type="radio"/> con aiuto parziale, con supervisione	<input type="radio"/> frullato
<input type="radio"/> con assistenza completa	

INCONTINENZA	
Incontinenza urinaria	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
incontinenza fecale	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> 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 ?
<input type="radio"/> cammina liberamente <input type="radio"/> necessita di un ausilio per camminare, quale? <input type="radio"/> deve essere accompagnato <input type="radio"/> ha bisogno di una sedia a rotelle <input type="radio"/> è allettato

Esiste un testamento biologico?

- ☐ SI
☐ NO

ALTRE OSSERVAZIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

(Data)

.....

(Firma del medico)