

ARZTZEUGNIS/CERTIFICATO MEDICO

Stammdaten Patient/Dati generici paziente:

Name, Vorname / Nome, cognome

Geburtsdatum / Data di nascita

Sanitätsausweis Matrikel Nr.

Matricola tessera sanitaria n.

Derzeitiger Aufenthalt / Recapito attuale

Seit/dal:

Anmeldung für/Prenotazione per:

Tagespflege/assistenza diurna

Hausarzt	Name/nome
medico di base:	Tel./tel.
	Handy/cell.

Anmeldungsgrund/Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

--	--

Diagnosen Diagnosi

Funktionelle Beschreibung mit Angabe von Art und Grad der Unselbständigkeit, akuten Ereignissen, wichtigen Operationen (wo, wann):
Descrizione funzionale con indicazione di tipo e grado della perdita di autonomia, eventuali eventi acuti, interventi chirurgici effettuati (dove e quando):

- | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Atmungsorgane / Apparato respiratorio |
| <input type="checkbox"/> | Herz-Kreislauforgane / Apparato cardiocircolatorio |
| <input type="checkbox"/> | Zerebrovaskulär / Cerebrovascolare |
| <input type="checkbox"/> | Arterien / Sistema arterio |
| <input type="checkbox"/> | Venen / Sistema venoso |
| <input type="checkbox"/> | Harnwege /Gynäkologie / Apparato genito-urinario |
| <input type="checkbox"/> | Verdauungsorgane / Apparato digerente |
| <input type="checkbox"/> | Bewegungsapparat / Apparato motorio |
| <input type="checkbox"/> | Mobilität / Mobilità |
| <input type="checkbox"/> | Stoffwechsel / Metabolismo |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes Mellitus / Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> | Nervensystem / Sistema nervoso |
| <input type="checkbox"/> | Parkinson-Syndrom / Sindrome parkinsoniana |
| <input type="checkbox"/> | Psyche / Psiche |
| <input type="checkbox"/> | Demenz / Demenza |
| <input type="checkbox"/> | Depression / Depressione |
| <input type="checkbox"/> | Sucht / Dipendenza |
| <input type="checkbox"/> | Schmerz / Dolore |
| <input type="checkbox"/> | Sinnesorgane / Organi di senso |
| <input type="checkbox"/> | Haut / Cute |
| <input type="checkbox"/> | Dekubitus / Decubito |
| <input type="checkbox"/> | Tumor/ Tumori |

Behandlung / Trattamento:

Medikamente/Farmaci:

	Morgen mattina	Mittag mezzogiorno	Abend sera	Nacht notte

Benötigt / Necessita di:

- Physiotherapie / fisioterapia
- Ergotherapie / ergoterapia
- Logopädie / logoterapia

- besondere Diät (wenn ja, welche?)
dieta speciale (se sì, quale?) _____
- besondere Kostform (wenn ja, welche?)
alimentazione speciale (se sì, quale?) _____
- Enterale Ernährung / nutrizione enterale

- Anus praeter / anus praeter
- Tracheale Aspiration / aspirazione tracheale
- O2-Langzeittherapie / ossigenoterapia:
- Ansteckende Krankheiten / malattie infettive
- Anderes (bitte angeben) / altro (specificare prego) _____

Bemerkungen – Problemliste:

Osservazioni - problematiche:

(besondere Behandlungs- oder Pflegebedürfnisse, problematische Gewohnheiten oder Verhaltensweisen, soziale Verhältnisse u.a.m.)
(esigenze terapeutico-assistenziali, abitudini, disturbi comportamentali, compatibilità ambientale ecc.)

- Medikamentenabusus / Abuso di farmaci
- Alkoholabusus / Abuso di alcol
- Raucher / Fumo
- Funktionelle Behinderungen / Limitazioni funzionali
- Problematische Verhaltensweisen / Disturbi comportamentali
- Psychische Störungen / Disturbi psichici
- Andere (bitte angeben) / altro (specificare prego)

Anregungen und Empfehlungen des Arztes /Indicazioni e consigli del medico:

Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades / valutazione del grado d'autosufficienza

Selbstständigkeit – condizioni generali		
Gehen / deambulazione	<input type="checkbox"/> selbstständig / autonomo	<input type="checkbox"/> nicht selbstständig/ non autonomo
	<input type="checkbox"/> braucht Stock als Gehhilfe/ serve l'aiuto del bastone	
	<input type="checkbox"/> muss gelegentlich begleitet werden / deve essere accompagnato/a talvolta	
	<input type="checkbox"/> muss immer begleitet werden / deve essere accompagnato/a sempre	
	<input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl / serve la sedia a rotelle	
	<input type="checkbox"/> ist bettlägrig / necessità degenza	
Ernährung / alimentazione	<input type="checkbox"/> selbstständig / è autonomo	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe / serve aiuto
Bekleidung / abbigliamento	<input type="checkbox"/> selbstständig / autonomo	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe / serve aiuto
Waschen / lavaggio	<input type="checkbox"/> selbstständig / autonomo	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe / serve aiuto
Toilettenbenützung / toilette	<input type="checkbox"/> selbstständig / autonomo	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe / serve aiuto
Harninkontinenz / incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> nein / no	<input type="checkbox"/> mitunter / saltuaria
	<input type="checkbox"/> ja / si	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter / caterizzaz. permanente
Gehör / udito	<input type="checkbox"/> gut / buono	
	<input type="checkbox"/> mäßig vermindert / moderato ridotto	
	<input type="checkbox"/> stark vermindert / gravemente ridotto	
	<input type="checkbox"/> Hörgerät / apparecchio acustico	
Sehkraft / vista	<input type="checkbox"/> gut / buono	
	<input type="checkbox"/> leicht vermindert / moderato ridotto	
	<input type="checkbox"/> stark vermindert / gravemente ridotto	

Geistig- und seelische Verfassung – Stato psichico		
Merkfähigkeit / attenzione	<input type="checkbox"/> normal / vigile	<input type="checkbox"/> vermindert / scarsa
	<input type="checkbox"/> schwer gestört	
Orientierung / orientamento	<input type="checkbox"/> normal / vigile	<input type="checkbox"/> leicht verwirrt / lievemente alterato
	<input type="checkbox"/> desorientiert / assente	
Gemütsstimmung / emotività	<input type="checkbox"/> ausgeglichen / equilibrata	<input type="checkbox"/> depressiv / depressa
	<input type="checkbox"/> apathisch / apatica	<input type="checkbox"/> unruhig / agitata
	<input type="checkbox"/> leidet unter Angst- und Wahnvorstellungen / ansiosa-delirant	
Kontaktfreude / socializzazione	<input type="checkbox"/> spontan / spontaneo	<input type="checkbox"/> leicht abgestumpft / lievemente compromessa
	<input type="checkbox"/> abweisend / ostile	
Verhalten Nachts / comportamento notturno	<input type="checkbox"/> ruhig / tranquillo	<input type="checkbox"/> öfters unruhig / spesso irrequieto

Der Patient/die Patientin ist von ansteckenden Krankheiten oder Infektionskrankheiten befallen Il/la paziente è affetto/a da malattie infettive o contagiose	<input type="checkbox"/> ja / si auflisten / elencarle	<input type="checkbox"/> nein / no

Ort, Datum/luogo, data

Stempel, Unterschrift/firma, timbro
