STIFTUNG SENIORENHEIM
GEORGIANUM

ÄRZTLICHES ZEUGNIS FÜR DIE AUFNAHME IN EIN SENIORENHEIM
ATTESTATO MEDICO PER L'AMMISSIONE IN UNA CASA DI RIPOSO

des Herrn/der Frau _____
del sig./della sig.ra

geb. am _____ in _____
nato/a il a
wohnhaft in _____
residente a

Diagnose: _____
Diagnosi:
_____

Infektionskrankheiten: _____
Malattie infettive:
_____

Allergien: _____
Allergie:
_____

Körperlicher und geistiger Zustand – Condizioni fisiche e psichiche

Herz- und Kreislauf _____
Cuore e sistema circolatorio

Sehvermögen _____
Capacità visiva

Hörvermögen _____
Capacità uditiva

Gehfähigkeit _____
Capacità di deambulazione

Körperliche Behinderungen _____
Handicap fisici

Geistige Behinderungen _____
Handicap psichici

Sprachstörungen _____
Disturbi afasici

Niedergeschlagenheit, Depression _____
Stati di tristezza, depressioni

Auffällige Verhaltensweisen _____
Disturbi nel comportamento

Unruhe tagsüber/nachts _____
Agitazione durante il giorno/la notte

Aktivität bei Tag _____
Attività durante la giornata

Zeitlich orientiert Orientamento nel tempo		immer sempre	nicht immer non sempre	nie mai
Örtlich orientiert Orientamento nello spazio		immer sempre	nicht immer non sempre	nie mai
Gedächtnis Memoria		normal normale	Gedächtnislücken qualche amnesia	erinnert sich an nichts non ricorda nulla
Bettlägrigkeit Degenza a letto	nie mai	selten raramente	häufig spesso	dauernd sempre
Harninkontinenz Incontinenza urinaria	nie mai	selten raramente	häufig spesso	dauernd sempre
Stuhlinkontinenz Incontinenza delle feci	nie mai	selten raramente	häufig spesso	dauernd sempre

Benötigte Hilfe bei: Necessità di aiuto per:

Gehen Deambulazione		keine nessuno	wenig poco	viel molto
Treppensteigen Fare le scale		keine nessuno	wenig poco	viel molto
Essen Mangiare		keine nessuno	wenig poco	viel molto
Aufstehen / Zu-Bett-Gehen Alzarsi / Andare a letto		keine nessuno	wenig poco	viel molto
An- und Ausziehen Vestirsi e svestirsi		keine nessuno	wenig poco	viel molto
Körperhygiene Igiene personale		keine nessuno	wenig poco	viel molto
Benützung der Toilette Uso del WC		keine nessuno	wenig poco	viel molto

Erforderliche Diät: _____
Dieta richiesta:

Medikamente: _____
Farmaco – terapia:
_____

_____

Weitere wichtige Bemerkungen: _____
Altre osservazioni importanti:
_____
_____

Der Patient ist Il paziente è	selbständig autosufficiente	teilweise pflegebedürftig parzialmente non autosufficiente poco	schwer pflegebedürftig gravemente non autosufficiente

Datum – data

_____

Unterschrift – firma

_____