

**ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN  
 QUESTIONARIO MEDICO**

(vom Hausarzt oder drzt. behandelndem Arzt auszufüllen)  
 (da compilare dal medico di fiducia o dal medico curante)

Zur Aufnahme ins GRIESFELD von Frau/Herrn  
 Per l'ammisione nel GRIESFELD di

Vorname-Zuname  
 Nome-Cognome .....

geboren in  
 nata/o in ..... Provinz / Provincia ..... am/il .....

wohnhaft in  
 residente in ..... Straße / via ..... Nr. ....

derzeitiger Aufenthalt  
 attuale sistemazione  
 .....

**Anmeldender Arzt/ medico proponente:** .....  
 ( Stempel des Arztes oder der Krankenhausabteilung)  
 (timbro del medco o della struttura)

**Name des Hausarztes:**  
**Nome medico di base:** .....

**Anmeldungsgrund / Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:**


**Diagnosen  
 Diagnosi**

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

<input type="checkbox"/> <b>Arterien / sistema arterio</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Atmungsorgane / apparato respiratorion</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Bewegungsapparat / apperato motorio</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Dekubitus / Decubito</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Demenz / demenza</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Depression / depressione</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes Mellitus / Diabete mellito</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Harnwege/Gynäkologie / apparato genito-urinario</b>	

<input type="checkbox"/> Haut / cute	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauforgane / apparatocardiocircolatorio	
<input type="checkbox"/> Mobilität / mobilità	
<input type="checkbox"/> Nervensystem / sistema newrvoso	
<input type="checkbox"/> Parkinson-Syndrom / sindrome parkinson	
<input type="checkbox"/> Psyche / psiche	
<input type="checkbox"/> Schmerz / Dolore	
<input type="checkbox"/> Sinnesorgane / organi di senso	
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel / metabolismo	
<input type="checkbox"/> Sucht / dipendenza	
<input type="checkbox"/> Tumor / tumori	
<input type="checkbox"/> Venen / sistema venoso	
<input type="checkbox"/> Verdauungsorgane / apparato digerente	
<input type="checkbox"/> Zerebrovasculär / cerebrovascolare	
<input type="checkbox"/>	

**Behandlung / trattamento:**

Medikamente / farmaci:	Morgen mattina	Mittag mezzogiorno	Abend sera	Nacht notte

**Benötigt / necessita di:**

- Physiotherapie / fisioterapia:
- enterale Ernährung / nutrizione enterale:
- tracheale Aspiration / aspirazione trachiale:
- O2-Langzeittherapie / ossigenoterapia:
- Anus Praeter / anus praeter
- Anderes ( bitte angeben ) / altro (specificare prego):

Datum/Data: ..... Stempel / timbro , Unterschrift / firma: .....