



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

# Arztzeugnis Certificato medico

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

### Stammdaten:

#### PatientIn:

Name:                      Vorname:

Geburtsdatum:

Sanitätsausweis Matrikel Nr.:

Derzeitiger Aufenthalt:

seit:

#### Anmeldung für:

Heimaufnahme                       Kurzzeitpflege

#### Anmeldender Arzt:

(Stempel des Arztes oder der Krankenhausabteilung)

#### Name des Hausarztes:

### Anmeldungsgrund:

### Diagnosen:

Funktionelle Beschreibung mit Angabe von Art u. Grad der Unselbständigkeit, akuten Ereignissen, wichtigen Operationen (wo, wann):

<input type="checkbox"/> Augenärztliche Diagnose	
<input type="checkbox"/> Atmungsorgane	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauforgane	
<input type="checkbox"/> Zerebrovaskulär	
<input type="checkbox"/> Arterien	
<input type="checkbox"/> Venen	
<input type="checkbox"/> Harnwege/Gynäkologie	
<input type="checkbox"/> Verdauungsorgane	
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat	
<input type="checkbox"/> Mobilität	
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/> Nervensystem	
<input type="checkbox"/> Parkinson-Syndrom	
<input type="checkbox"/> Psyche	



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

## Arztzeugnis Certificato medico

<input type="checkbox"/> Demenz	
<input type="checkbox"/> Depression	
<input type="checkbox"/> Sucht	
<input type="checkbox"/> Schmerz	
<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	
Dialyse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Sinnesorgane	
<input type="checkbox"/> Haut	
<input type="checkbox"/> Dekubitus	
<input type="checkbox"/> Tumor	

### Behandlung:

#### Medikamente:

	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Medikamentenunverträglichkeiten     ja     nein

wenn ja welche \_\_\_\_\_

Therapiepläne: \_\_\_\_\_

wenn ja Gültigkeit bis \_\_\_\_\_

#### Benötigt:

- besondere Diät (wenn ja, welche?):
- besondere Kostform (wenn ja, welche?):
- Enterale Ernährung:
- Dauerkatheter:
- Anus praeter:
- Tracheale Aspiration:
- O2-Langzeittherapie:
- Ansteckende Krankheiten:
- Anderes (bitte angeben):



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

## Arztzeugnis Certificato medico

### Bemerkungen – Problemliste:

(besondere Behandlungs- oder Pflegebedürfnisse,  
problematische Gewohnheiten oder Verhaltensweisen, soziale  
Verhältnisse u.a.m.)

- Medikamentenmissbrauch:
- Alkoholabusus:
- RaucherIn:
- Funktionelle Einschränkungen:
- Problematische Verhaltensweisen:
- Psychische Störungen:
- Andere (bitte angeben):
- Programmierte Visiten beim Facharzt:

### Anregungen und Empfehlungen des Arztes:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

# Arztzeugnis Certificato medico

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### Dati generici:

#### Paziente:

Nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Matricola tessera sanitaria nr.: \_\_\_\_\_

Recapito attuale:

dal: \_\_\_\_\_

#### Prenotazione per:

ricovero  ricovero temporaneo

#### Medico proponente:

(timbro del medico o della struttura)

Nome del medico di base: \_\_\_\_\_

### Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

--

### Diagnosi

Descrizione funzionale con indicazione del tipo e del grado di indipendenza,  
eventi acuti, interventi importanti (dove, quando):

<input type="checkbox"/> Diagnosi oculistica	
<input type="checkbox"/> Apparato respiratorio	
<input type="checkbox"/> Apparato cardiovascolare	
<input type="checkbox"/> Cerebrovascolare	
<input type="checkbox"/> Sistema arterio	
<input type="checkbox"/> Sistema venoso	
<input type="checkbox"/> Apparato genito-urinario	
<input type="checkbox"/> Apparato digerente	
<input type="checkbox"/> Apparato motorio	
<input type="checkbox"/> Mobilità	
<input type="checkbox"/> Metabolismo	
<input type="checkbox"/> Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> Sistema nervoso	
<input type="checkbox"/> Sindrome parkinsoniana	
<input type="checkbox"/> Psiche	



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

## Arztzeugnis Certificato medico

<input type="checkbox"/> Demenza	
<input type="checkbox"/> Depressione	
<input type="checkbox"/> Dipendenze	
<input type="checkbox"/> Dolore	
<input type="checkbox"/> allergie, intolleranze	
<input type="checkbox"/> malattie renali	
<input type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> Organi di senso	
<input type="checkbox"/> Cute	
<input type="checkbox"/> Decubito	
<input type="checkbox"/> Tumori	

### Trattamento:

#### Farmaci:

	mattina	mezzogiorno	sera	notte

intolleranze ai farmaci  sì  no

se sì quali \_\_\_\_\_

piani terapeutici: \_\_\_\_\_

se sì validità fino a \_\_\_\_\_

#### Necessita di:

- dieta speciale (se sì, quale?):
- nutrizione enterale: (se sì, quale?):
- catetere a permanenza:
- anus praeter:
- aspirazione tracheale:
- ossigenoterapia:
- malattie infettive:
- altro (specificare prego):



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

## Arztzeugnis Certificato medico

### Osservazioni - problematiche:

(esigenze terapeutico-assistenziali, abitudini, disturbi comportamentali, compatibilità ambientale ecc.)

- Abuso di farmaci:
- Abuso di alcol:
- Fumo:
- Limitazioni funzionali:
- Disturbi comportamentali:
- Disturbi psichici:
- altro (specificare prego):
- Visite programmate dallo specialista:

### Indicazioni e consigli del medico:

Luogo, data

firma



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

## Arztzeugnis Certificato medico

(Vom Hausarzt oder derzeit behandelnden Arzt auszufüllen/da compilare dal medico di famiglia o dell'attuale curante)

Herr / Frau – sig. / sig.ra .....

geb. am – nato/a il ..... in – a .....

wohnhaft in – residente a .....

bitte zutreffendes ankreuzen/barrare una delle caselle:

### 1. SELBSTÄNDIGKEIT – CONDIZIONI GENERALI

- ist frei gehfähig / può camminare     ja / sì     nein / no
  - braucht Stock als Gehhilfe / serve l'aiuto del bastone
  - muss gelegentlich begleitet werden /deve essere accompagnato/a talvolta
  - muss immer begleitet werden /deve essere accompagnato/a sempre
  - braucht Rollstuhl / serve la sedia a rotelle
  - ist bettlägrig / necessità degenza
  
- ist beim Essen / per mangiare     selbständig / è autonomo/a     braucht Hilfe / serve aiuto
  
- Zahnprothese / protesi dentaria     ja / sì     nein / no
  
- ist beim An- u. Auskleiden /     selbständig / è autonomo/a     braucht Hilfe / serve aiuto per vestirsi e svestirsi
  
- wäscht sich / per lavarsi     selbständig / è autonomo/a     braucht Hilfe / serve aiuto
  
- benützt die Toilette /     selbständig / è autonomo/a     braucht Hilfe / serve aiuto usa il gabinetto
  
- Harninkontinenz /     nein / no     mitunter /saltuaria     ja / sì Incontinenza urinaria     Dauerkatheter /caterizzaz. permanente
  
- Gehör / udito     gut / buono     mäßig vermindert/ moderato ridotto
  - stark vermindert / gravem. ridotto
  - Hörgerät / appar. Acustico



Blindenzentrum St. Raphael  
VDS-ETS

## Arztzeugnis Certificato medico

- o Sekraft/ vista  gut / buono  leicht vermindert / moderato ridotto  
 stark vermindert / gravem. ridotto  
Augenprothese / protesi oculare  ja / sì  nein / no

### GEISTIG UND SEELISCHE VERFASSUNG / STATO PSICHICO

- o Merkfähigkeit /  
attenzione  normal / vigile  vermindert / scarsa  
 schwer gestört / assente
- o Orientierung /  
orientamento  normal / vigile  leicht verwirrt / lievem. alterato  
 desorientiert / assente
- o Gemütsstimmung /  
emotività  ausgeglichen / equilibrata  depressiv / depressa  
 apathisch / apatica  unruhig / agitata  
 leidet unter Angst- u. Wahnvorstellungen / ansiosa-delirant.
- o Kontaktfreude /  
socializzazione  spontan / spontanea  leicht abgestumpft /  
 abwesend / ostile  lievemente compromessa
- o Alkoholismus /  
etilismo  nein / no  gelegentlich / lieve  
 ja / sì
- o Verhalten nachts /  
comportamento notturno  ruhig / tranquillo  
 öfters unruhig / spesso irrequieto  
Schlafwandeln / sonnambulismo  ja / sì  nein / no