

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO / PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM***
Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego

tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ***	Wynik ****
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spacerować za pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	

8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje moc	
Wynik kwalifikacji *****		

.....
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym*

.....
.....
.....

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego