



**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 nr PESEL, nr dokumentu

potwierdzającego tożsamość.....

Adres zamieszkania PESEL:

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL

L/p	Nazwa czynności */	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- samodzielny, niezależny	
3	Utrzymanie higieny osobistej 0- potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) 10 = samodzielny 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 i 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-spacery z 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 pomocysłownej, fizycznej;przenoszenie 10 - samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy , ale może wykonywać 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 mocz	
	Wynik kwalifikacji	

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 ubezp. zdrowotnego albo
lekarza zakładu opiekuńczego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezp. zdrowotnego albo
pielęgniarki zakładu opiekuńczego