

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

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

.....  
 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