

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO  
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W PILE,  
PRZY UL. KRÓLEWSKIEJ 8.**

**1. 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 <sup>1)</sup>	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>Utrzymywanie 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> -spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m <b>15</b> -niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	

7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji</b>		

.....  
data, podpis i pieczętka pielęgniarki  
ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki  
zakładu opiekuńczego

## 2. Wynik oceny stanu zdrowia:

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

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

.....  
data, podpis i pieczętka lekarza ubezpieczenia  
zdrowotnego lub lekarze zakładu opiekuńczego