

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO**

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

L/p	Czynność	Wynik
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie 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 trochę pomocy, ale może zrobić coś 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 do 50 m 5 = niezależny na wózku, wliczając zakręty mniej niż 50 m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby od 50 m 15 = niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy np., laski od 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się. 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	

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki ZOL

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 ZOL