

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

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

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa ²⁾
1	Spożywanie posiłków 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, 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 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 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski	
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, zawiązywaniu sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenie 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 (zdarzenie przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji³⁾	

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

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/przebywającego w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....

.....

.....

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

- 1) niepotrzebne skreślić
- 2) należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- 3) należy wpisać uzyskaną sumę punktów