

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO
LUB PRZEBYWAJCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

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 - 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 > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach	0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, 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, zawiązywaniu sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 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 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
WYNIK KWALIFIKACJI (suma punktów)			

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym*

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

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

* - niepotrzebne skreślić