

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJACEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Bartel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....a w przypadku braku nr. PESEL , numer dokumentu potwierdzającego

tożsamość..... **Wartość punktowa **/**

L. p	Czynność	
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 siadaniu 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, 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 = spacerzy z pomocą słowną lub fizyczna 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; przenoszenia 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.	Kontrołowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy, 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrołowanie 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	
Wyniki kwalifikacji ***		

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

Wyniki oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym 1.)

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

LEGENDA : 1)Niepotrzebne skreślić, 3)W Lp.1-10 należy wybrać i podkreślić jedną możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy 4)Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości 5) Należy wpisać uzyskana sumę punktów