

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO****Ocena świadczeniobiorcy wg skali Bartel**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

L/p	Czynność	Wynik
1.	<b>Spożywanie posiłków :</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5- potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp.lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem ,siadanie:</b> 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.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny ,zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 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.	<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 (suma)</b>		

.....  
data, pieczęć i podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego  
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego -leczniczego.

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