

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU  
OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO (ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>1</sup>)**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub \*

.....  
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania .....

Lp.	Czynność <sup>2</sup>	Wynik <sup>3</sup>
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 wykonywaniu czynności 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 zrobić coś 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 < 50m 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 i rozbieranie się:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje pomocy 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<sup>4</sup></b>		

\* W przypadku braku PESEL

## Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba:

☞ wymaga/nie wymaga<sup>5</sup>,

☞ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>5</sup>.

.....

.....

.....

.....

.....  
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

albo lekarza zakładu opiekuńczego

---

<sup>1</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61.

Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych

<sup>2</sup> W lp. 1÷10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>3</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>4</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić