

.....  
imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....  
numer PESEL:

Adres zamieszkania : .....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp.	NAZWA CZYNNOŚCI	Wartość punktowa
1	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu 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 przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = większa pomoc ( fizyczna, jedna, dwie osoby ), może siedzieć 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, także z zapewnionymi pomocami	
4	<b>Korzystanie z toalety ( WC )</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje trochę pomocy , ale może coś zrobić sam 10 = niezależny ( zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się )	
5	<b>Mycie i 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 = spacer 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, przenoszenia) 10 = samodzielny	
8	<b>Ubieranie się ( i rozbieranie )</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać czynności bez pomocy 10 = niezależny ( w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł itp. )	
9	<b>Kontrolowanie stolca ( zwieracza odbytu )</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca ( nie potrzebuje lewatywy ) 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 samodzielny 5 = czasami popuszcza ( zdarzenia przypadkowe ) 10 = panuje ( utrzymuje mocz )	
	<b>WYNIK KWALIFIKACJI</b>	

**Wynik oceny stanu zdrowia:** stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba

- wymaga / nie wymaga \* skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
- wymaga / nie wymaga \* dalszego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
( data, pieczęć, imię i nazwisko pielęgniarki, jej podpis  
oraz numer prawa wykonywania zawodu).....  
( Imię i nazwisko lekarza, jego podpis  
oraz numer prawa wykonywania zawodu)