

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: _____

Adres zamieszkania: _____

Pesel: _____ a w przypadku braku, nr dowodu tożsamości _____

OCENA ŚWIADCZENIOBIORCY WEDŁUG SKALI BARTHEL¹ (warunkiem przyjęcia jest max. 40 pkt – łącznie)

	Czynność ²	Wynik ³
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 dwuosoby) 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 podprysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub <50m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50m	
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, 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 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁴		

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

MEDPHARMA ZOZ S.A.
Al. Jana Pawła II 5
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECZNICZE MEDPHARMA**
Al. Jana Pawła II 5
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

FILIA POLPHARMA
Ul. Pełplińska 19
83-200 Starogard
Gdański

FILIA BOBOWO
Ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA
Ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA
Ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna

FILIA DZIEMIANY
Ul. Wyzwolenia 2
83-425 Dziemiany

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ niewymaga⁵ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym.

UWAGI:

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

MEDPHARMA ZOZ S.A.
Al. Jana Pawła II 5
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECZNICZE MEDPHARMA**
Al. Jana Pawła II 5
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

FILIA POLPHARMA
Ul. Pełplińska 19
83-200 Starogard
Gdański

FILIA BOBOWO
Ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA
Ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA
Ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna

FILIA DZIEMIANY
Ul. Wyzwolenia 2
83-425 Dziemiany