

.....
 imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
 numer PESEL:

Adres zamieszkania :

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	NAZWA CZYNNOŚCI	Wartość punktowa
1	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu itp. Lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) 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	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje trochę pomocy , ale może coś zrobić sam 10 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się)	
5	Mycie i 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 = spacer z pomocą (słowną lub fizyczną) 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 się (i rozbieranie) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać czynności bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł itp.)	
9	Kontrolowanie stolca (zwieracza odbytu) 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (nie 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 samodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje (utrzymuje moczu)	
	WYNIK KWALIFIKACJI	

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)