

DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO¹⁾ PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL....., a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu

potwierdzającego tożsamość

| Lp. | Nazwa czynności ³⁾ | Wartość punktowa ⁴⁾ |
|-----|---|--------------------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 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 (jednej lub dwóch osób) 10 =mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny | |
| 3. | Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach higienicznych 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 | |
| 5. | Mycie i kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem | |
| 6. | Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub < 50m 5 = niezależny na wózku ; wliczając zakręty > 50m 10 = spacer z pomocą słowna lub fizyczną jednej osoby >50m 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 ;przenoszenie 10 = samodzielny | |
| 8. | Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny, w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu | |
| 9. | Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec | |
| 10. | Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz | |
| | | |

| | |
|----------------------------------|--|
| Wynik kwalifikacji ⁵⁾ | |
|----------------------------------|--|

Wynik kwalifikacji:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ pielęgniarstwa
opieki długoterminowej domowej.

.....
.....
.....

.....

data, pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
ubezpieczenia

data pieczęć, podpis pielęgniarki

zdrowotnego albo pielęgniarki opieki
długoterminowej domowej⁶⁾