



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej
(Umowa z NFZ na świadczenie Usług medycznych)

....., dnia
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb wypożyczalni sprzętu
rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"

Imię i Nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

OCENA STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Lp.	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przetykać; 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym; 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= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna);	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych; 5= potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych; 10= samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= nie korzysta w ogóle z toalety; 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10= samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika; 5= wymaga pomocy; 10= samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= w ogóle nie porusza się; 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby; 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby; 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia; 10= samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie	

	0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby; 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca; 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec; 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu; 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz; 10= kontroluje oddawanie moczu	
Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***		

Zaświadczam, że ww. osoba jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Zaświadczam również, że u ww. osoby istnieje konieczność stosowania nw. sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie)