

....., dnia .....

(miejscowość)



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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehab.  
i wspomagającego Caritas Diecezji Rzeszowskiej w Jaśle**

Imię i Nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### OCENA STANU PACJENTA 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, nalewaniu 10 – osoba jest samodzielna	
2.	<b>Przemieszczanie się, np. z łóżka na krzesło, siadanie</b> 0 – nie jest w stanie przemieszczać się, nie utrzymuje równowagi przy siedzeniu 5 – potrzebuje większej pomocy fizycznej, potrzebna jest jedna lub dwie osoby 10 – potrzebna jest mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – osoba jest samodzielna	
3.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej</b> 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy czesaniu się, myciu twarzy, zębów (z zapewnionymi pomocami).	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 – zależny 5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić samodzielnie 10 – niezależny	
5.	<b>Mycie, 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 – spaceruje 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 połowę bez pomocy 10 – niezależny (przy zapinaniu guzików, zamka, wiązaniu sznurowadeł itp.)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatyw) 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 – kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza mocz (zdarzenia przypadkowe) 10 – kontroluje oddawanie moczu	

Po dokonaniu oceny stanu pacjenta wg skali Barthel stwierdzam, że pacjent jest osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

U pacjenta istnieje konieczność stosowania nw. sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego:

.....

.....

.....

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