

PESEL WNIOSKODAWCY

IMIĘ, NAZWISKO WNIOSKODAWCY:

KARTA UZUPEŁNIAJĄCA DOTYCZĄCA WNIOSKODAWCY
w celu rozpatrzenia zaocznego
(ma być podpisana przez pielęgniarkę środowiskową)

L.p.	Czynność	Wynik (wpisać właściwą cyfrę)
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 dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	Utrzymywanie 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 pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 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 > 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 jest cewnikowany 5 - sporadycznie, bezwiednie oddaje stolec 10 - kontroluje oddawanie stolca	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 - sporadycznie, bezwiednie oddaje mocz 10 - kontroluje oddawanie stolca	

PIECZĘĆ (np. przychodni) oraz CZYTELNY PODPIS OSOBY WYSTAWIAJĄCEJ KARTĘ (DALEJ STR. 2)

INFORMACJE DODATKOWE

11	Miejsce zamieszkania (nie wpisywać tutaj adresu) : a) mieszkanie : jest * / nie ma* (* skreślić niepotrzebne) b) dom jednorodzinny : jest * / nie ma* (* skreślić niepotrzebne) c) ilość pokoi (wpisać ile jest pokoi) d) kuchnia : jest * / nie ma * (* skreślić niepotrzebne) e) łazienka (z wc, wanną, brodzikiem) : jest * / nie ma* (* skreślić niepotrzebne)	Ewentualne krótkie uwagi:
----	---	------------------------------

PODPIS WNIOSKODAWCY

Uwaga – druk skala Barthel dotyczy osób, które nie mogą stawić się na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej choroby i lekarz wystawiający zaświadczenie lekarskie odnotował, że Wnioskodawca nie jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu (tj. zaznaczył w punkcie 12 zaświadczenia słowo TAK, a skreślił słowo NIE).