



Załącznik nr 8 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
pt. „Radość Życia – Dzienny Dom Pobytu w Nowej Sarzynie”

.....  
(pieczęć ZOZ lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miasta i Gminy Nowa Sarzyna/Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie w ramach Projektu RPPK.08.03.00-18-0090/19 pt. „Radość Życia - Dzienny Dom Pobytu w Nowej Sarzynie” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko osoby .....

Data urodzenia .....

PESEL .....

Miejsce zamieszkania.....

.....

Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną (osoba niesamodzielna – przez co należy rozumieć osobę, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj.:

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność	Wynik
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)</b> 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 - większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 - mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)	

Projekt pt. „Radość Życia – Dzienny Dom Pobytu w Nowej Sarzynie”



	<b>15</b> - samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 - potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - częściowo potrzebuje pomocy 10 - niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 - zależny 5 - niezależny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0 - nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m 5 - niezależny poruszający się na wózku 10 - spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość > 50m 15 – niezależny, ale może potrzebować pomocy np. laski na odległości > 50m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 - nie jest samodzielny 5 - potrzebuje pomocy ( fizycznej, przenoszenia) 10 - samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 - niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5 - przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 - kontroluje oddawanie stolca.	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 - przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 - kontroluje oddawanie moczu.	

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza