



ZAKŁAD DLA CHRONICZNIE CHORYCH KOBIET  
ul. Żywiczna 40, 03-179 Warszawa tel. 22 8112580  
[zchfelic@wp.pl](mailto:zchfelic@wp.pl) [www.domopieki-felicjanki.pl](http://www.domopieki-felicjanki.pl)

**WIŚNIEWO**

## Informacje o stanie zdrowia osoby przed przyjęciem

imię i nazwisko pensjonariuszki

### CZĘŚĆ I. (wypełnia lekarz)

Lp.		STAN ZDROWIA OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA	Uwagi
1.	Diagnoza lekarza		
2.	Leczenie szpitalne w ciągu ostatnich dwóch lat: kiedy, z jakiego powodu.		
3.	Czy występuje choroba psychiczna, zakaźna lub onkologiczna?		
4.	Przyjmowane leki		
5.	Inne zalecenia		

\_\_\_\_\_  
*miejsowość i data*

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć lekarza*

**CZĘŚĆ II** (wypełnia lekarz lub opiekun)

Lp.	Skala Barthel	STAN PSYCHICZNO-FIZYCZNY OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA			Uwagi
		nie potrafi	potrafi z pomocą	samodzielnie	
	Spożywanie Posiłków	0	5	10	
	Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie	0	5	10	
	Utrzymanie higieny osobistej	0	5	10	
	Korzystanie z WC	0	5	10	
	Mycie/kąpiel Całego ciała	0	5	10	
	Przejsięcie odległości 50 m (ew. przy pomocy sprzętu)	0	5	10	
	Chodzenie po schodach	0	5	10	
	Jazda na wózku	0	5	10	
	Ubieranie I rozbieranie	0	5	10	
	Kontrola zwieracza odbytu	0	5	10	
	Kontrola zwieraczy pęcherza	0	5	10	
	Stan fizyczny	leży	siedzi	chodzi	
	Kontakt psychiczny	żaden	słaby	dobry	
	Waga w kg.	poniżej 50	50-80	85-100	
	Wzrost w cm	poniżej 150	150-170 cm	powyżej 170	

---

*miejsowość i data*

---

*podpis i pieczętka lekarza lub opiekuna*