

DELEGERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUPPGIFT

Sjuksköterska - Patientbunden delegering

Denna blankett gäller endast som komplettering av gällande delegering på blankett OF110

| | |
|---------------------------|--|
| Delegeringen avser | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|--|

| | |
|----------------------|-------------------|
| Delegatens | Datum: |
| Förnamn: | Efternamn: |
| Personnummer: | |

Delegeringen gäller för följande patienter

| | | | Signum sjuksköterska |
|----------|------------|-----------|-------------------------|
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |
| Förnamn: | Efternamn: | Personnr: | |

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift - Sjuksköterska
Patientbunden delegering

Sida 1 av 2

Kopia på utställd delegering skickas till MAS för arkivering

OF109 ME/CY/MJ 220909

