

DELEGERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSUPPGIFT Arbetsterapeut/Fysioterapeut/Sjukgymnast

Nedanstående person har erhållit instruktion och undervisning för att utföra följande arbetsuppgift(er). Hen äger rätt att självständigt utföra uppdraget som är markerat med X.

Yrkestitel	Namn
Personnummer	Arbetsplats och enhet delegering gäller på

Delegeringen avser:

- Hostmaskinbehandling på mask
- Kontrakturprofylax
- Ortosbehandling
- PEP-behandling
- TENS
- Tippbräda
- Träningsprogram

Övrig delegering

Övrig delegering:

.....

.....

.....

Delegering är giltig

Från och med	Till och med
Datum	Datum

Underskrift arbetsterapeut/fysioterapeut

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
-------	------------------------------------

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift - Arbetsterapeut/Fysioterapeut/Sjukgymnast

Sida 1 av 2

Kopia på utställd delegering skickas till MAS/MAR för kännedom och arkivering

OF112 ME/CY/MJ 220909

Underskrift delegat

Jag åtager mig härmed ovanstående delegeringsuppdrag då jag enligt min egen bedömning har erforderlig reell kompetens. Jag är väl medveten om att jag personligen inom ramen för mitt yrkesansvar ansvarar för ett sakkunnigt och omsorgsfullt utförande. Jag känner till gällande författningar, SOSFS 1997:14 "Föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård", SOSFS 2000:1, "Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården" § 18 HSL, 1998:531 "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" samt "Instruktioner för kommunal läkemedelshantering i Kronobergs län".

Datum	Namnteckning och namnförtydligande
--------------	---

Patientbunden delegering

Om delegering är patientbunden ange nedan vilka patienter delegeringen är giltig hos

Förnamn	Efternamn	Personnummer	Signatur AT/FT/SJG
----------------	------------------	---------------------	-------------------------------

Förnamn	Efternamn	Personnummer	Signatur AT/FT/SJG
----------------	------------------	---------------------	-------------------------------

Förnamn	Efternamn	Personnummer	Signatur AT/FT/SJG
----------------	------------------	---------------------	-------------------------------

Uppföljning/Förlängning

Uppföljning /sign delegat och arbetsterapeut/fysioterapeut (6 veckor)	Datum
Uppföljning /sign delegat och arbetsterapeut/fysioterapeut (6 månader)	Datum
Förlängning /sign delegat och arbetsterapeut/fysioterapeut	Gäller t.o.m.
Uppföljning /sign delegat och arbetsterapeut/fysioterapeut	Datum
Förlängning /sign delegat och arbetsterapeut/fysioterapeut	Gäller t.o.m.