



Delegeringsbeslut från arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast

Dokumentet ska finnas i två versioner:

- Original till delegeringspärm (förvaras på rehab-expedition)
- Kopia till arbetstagare

Härmed delegerar jag till

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet	

Delegatens utbildning

Hälso- och sjukvårdsutbildning
☐ Undersköterska
☐ Vårdbiträde
☐ Saknar vårdutbildning
☐ Annan vårdutbildning:

Jag som delegerar har förvisat mig om att delegaten innehar reell kompetens för att utföra nedanstående arbetsuppgift(er)

☐ Att utföra träning enligt instruktion (se <i>Signeringslista vid ordinerad behandling</i>).
☐ Att genomföra behandling enligt instruktion (se <i>Signeringslista vid ordinerad behandling</i>).
☐ Annat:

Vid namngiven patient ange

Födelseår	Initialer
-----------	-----------

Uppföljning av beslutet sker kontinuerligt och som minst en gång per år

Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast

Delegaten har fått undervisning, instruktion och kunskapskontroll har gjorts av ovanstående arbetsuppgifter. Delegaten äger rätt att självständigt utföra uppdraget. I samband med delegering samt vid uppföljning har aktuella styrdokument (såsom lagar och lokala rutiner) gåtts igenom och följts upp.

Delegat

Efter undervisning accepterar jag uppdraget. Jag anser att jag innehar nödvändig kompetens och är medveten om att jag själv ansvarar för utförandet. Jag är medveten om att delegeringen är personlig och inte får delegeras vidare.

Datum för beslut	
Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>uppföljning</u> av beslut	
Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>uppföljning</u> av beslut	
Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Checklista för arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast vid delegering

- ☐ Genomgång av relevant författning, exempelvis:
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
 - Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- ☐ Genomgång av rutin för delegering
- ☐ Genomgång av avvikelshantering och tillhörande blankett
- ☐ Genomgång av signeringslista
- ☐ Rapportering till ansvarig arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast vid förändringar av brukarens hälsotillstånd.
- ☐ Särskilda instruktioner i samband med specifika uppgifter (se ev. bilaga).
- ☐ Annat