



Dokumenttyp Dokument för skriftlig patientbun den delegering	Version	Dokumentet gäller för Sjuksköterska, Vård- och omsorgspersonal i socialförvaltningen egen regi och privata utförare	Datum för fastställande 2020-10-27
Revideringsansvarig MAS		Revideringsintervall En gång per år	Reviderad datum 2020-10-27
Dokumentansvarig MAS, EC Hemsjukvård egen regi		Uppföljningsansvarig och tidplan MAS varje år och vid behov	

## PATIENTBUNDEN DELEGERING AV AVANCERAD MEDICINSK ARBETSUPPGIFT

Mottagare av Delegeringen

Delegerande Sjuksköterska

Personuppgifter: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Befattning: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

**Delegeringen avser följande arbetsuppgift**

---

---

---

---

**Delegeringen gäller enskild vårdtagare**

Namn: \_\_\_\_\_

**Delegeringens giltighetstid (ange alltid start och stopp)**

Start: \_\_\_\_\_ Stopp: \_\_\_\_\_

**Information:**

Delegerad arbetsuppgift får endast utföras EFTER kontakt med tjänstgörande sjuksköterska

Delegeringsmottagare:

Delegerande Sjuksköterska:

---

---

1 ex var till delegeringsmottagare och delegerande Sjuksköterska