



Dokumenttyp Dokument för skriftlig delegering	Version 1.0	Dokumentet gäller för Sjuksköterska, undersköterska anställd av hemsjukvården (HSL- undersköterska)	Datum för fastställande 2024-05-17
Revideringsansvarig MAS		Revideringsintervall En gång per år	Reviderad datum
Dokumentansvarig MAS		Uppföljningsansvarig och tidplan MAS varje år och vid behov	

DELEGERING AV AVANCERAD MEDICINSK ARBETSUPPGIFT TILL HSL-UNDERSKÖTERSKA

Mottagare av delegeringen	
Personuppgifter:	
Namn:	
Befattning:	
Arbetsplats:	

Delegerande sjuksköterska	
Namn:	

Delegeringen avser följande arbetsuppgift/arbetsuppgifter, se Anvisning för delegering

Delegeringens giltighetstid (anges alltid)

Från:	Till:
-------	-------

Underskrifter

Delegeringsmottagare:

Delegerande Sjuksköterska:

1 ex var till delegeringsmottagare, delegerande sjuksköterska samt enhetschef