



## Skriftligt delegeringsbeslut från fysioterapeut/arbetsterapeut till *baspersonal*

Nedan angiven person har erhållit undervisning, instruktion och uppföljande kunskapskontroll om utförandet av angivna fysio-/arbetsterapeutiska uppgifter. Hon/han äger rätt enligt föreskrifter, självständigt utföra uppdraget samt har god kännedom om sin kompetens att utföra angivna arbetsuppgifter.

Befattning	Namn	Personnummer	Arbetsställe

Körträning med elrullstol utomhus

### Behandling med:

- Värme
- Kyla
- Tippbräda
- TENS

Annat \_\_\_\_\_

Delegeringen gäller inom följande enhet/-er, patient \_\_\_\_\_  
Under tidsperioden

Delegeringsansvarig fysioterapeut/arbetsterapeut \_\_\_\_\_  
Namnunderskrift  
Namnförtydligande

Enhetschef (har tagit del) \_\_\_\_\_  
Namnunderskrift Namnförtydligande

Jag har tillräcklig teoretisk och praktisk kunskap om hur arbetsuppgifterna ska utföras och tar därför fullt ansvar för den delegering jag får. Jag är väl förtrogen med de styrdokument som finns för området.

**Alla delegeringar skall vara förenliga med en god och säker vård**

\_\_\_\_\_  
 Datum Underskrift av den som åtar sig arbetsuppgifterna

Dokumentansvarig; MAS