



Skriftligt delegeringsbeslut från fysioterapeut/arbetsterapeut till baspersonal

Nedan angiven person har erhållit undervisning, instruktion och uppföljande kunskapskontroll om utförandet av angivna sjukgymnastiska/arbetsterapeutiska uppgifter. Hon/han äger rätt att 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 sjukgymnast/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