

## Delegeringsbeslut MAR

Nedanstående person har erhållit undervisning, praktisk instruktion och kunskapskontroll angående utförandet av rubricerade arbetsuppgifter som är daterade och signerade på denna blankett. Den som delegerats får självständigt enligt föreskrifter utföra uppdraget. Det åligger yrkesutövaren som delegerat att fortlöpande utvärdera verkställigheten av densamma.

<b>Namn</b>		<b>Personnummer</b>
<b>Delegerad arbetsuppgift sker inom organisation</b>	<b>Befattning</b>	<b>Vårdutbildning</b>

### Anställningsform

Ordinarie      Vikarie      Timanställd

### Tjänstgöringstid

Dag      Natt

### Genomgått utbildning av leg personal

Ja      Nej

Jag åtar mig arbetsuppgiften/erna och är medveten om att fullt yrkesansvar för den/de anvisade arbetsuppgifterna enligt SOSFS 1997:14, SFS 2010-659, HSLF-FS 2017-37. Jag har fått information om kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer avseende ovanstående regelverk. Arbetsuppgifterna utförs enligt ordination, dokumenteras samt signeras.

### Delegerad personal

<b>Datum</b>	<b>Namnteckning</b>	<b>Namnförtydligande</b>
--------------	---------------------	--------------------------

### Delegerande leg. personal

<b>Datum</b>	<b>Namnteckning</b>	<b>Namnförtydligande</b>
--------------	---------------------	--------------------------

Delegeringen är giltig 1 år därefter ska den omprövas. Lämnar den som utfärdat delegeringsbeslut sin befattning upphör delegeringen denne utfärdat att gälla.

Efterträdaren ska ta ställning till om beslutet fortfarande ska gälla eller förnyas. Delegeringsbeslutet arkiveras efter giltighetens utgång.

Version III. (Upprättad 2010-08/MAS, rev 2014-01-04 Dnr Än 2013-363, Upprättad 2019-02-27/MAR, Dnr.Än 2019-341, Dnr. SON 2019-389, rev 2021-11-09.

## Delegeringsbeslutet omprövat och förlängt

### Delegerad personal

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

### Delegerande leg. Personal

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

### Delegering återkallad (kopia skickas till MAR)

Datum	Namnteckning (AT/FT/SG)	Namnförtydligande
-------	-------------------------	-------------------

Signering medför att varje arbetsmoment är genomgången teoretiskt och praktiskt med delegeringsmottagaren och att leg. personal har säkerställt att personen har reell kompetens.

	<b>Arbetsuppgift som delegeras</b>	<b>Datum</b>	<b>Signatur leg. personal</b>	<b>Signatur delegat</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				

## Patientbundna delegeringar

<b>21.</b>	<b>Behandling med TENS</b>						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
<b>22.</b>	<b>Behandling/träning på tippbräda</b>						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
<b>23.</b>	<b>Kontrakturprofylax</b>						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
<b>24.</b>	<b>Specifik rehabilitering</b>						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						
<b>25.</b>							
	Initialer på patient						
	Initialer på patient						