

## BILAGA 4

Bilaga till: Rutin Delegering av läkemedel	
Bilaga nr: 4	Skapad datum: 2016-01-01

## Blankett inför delegering för utförare av omvårdnad

### Anvisningar

Fyll i denna blankett för varje person som ska delegeras. Blanketten lämnas eller skickas i förväg via e-post till delegerande sjuksköterska.

### Datum

### Namn på person som ska delegeras

### Enhet/grupp/Utförare

### Ansvarig chef, telefonnummer

### Utbildning (Ange med X)

Undersköterska	<input type="checkbox"/>
Vårdbiträde	<input type="checkbox"/>
Annan Vårdutbildning	<input type="checkbox"/>
Ingen vårdutbildning	<input type="checkbox"/>

### Erfarenhet av arbete i Äldreomsorg (Ange med X)

Ingen tidigare erfarenhet	<input type="checkbox"/>
Mindre än 1 år	<input type="checkbox"/>
1-5 år	<input type="checkbox"/>
Mer än 5 år	<input type="checkbox"/>

### Från vilken verksamhet har personen erfarenhet (Ange med X)

Hemvård	<input type="checkbox"/>
Enbart servicetjänster	<input type="checkbox"/>
Äldreboende	<input type="checkbox"/>
Personlig assistans	<input type="checkbox"/>
Sjukhus	<input type="checkbox"/>

**Har personen tidigare haft delegering** (*Ange med X*)

Ja	
Nej	

**Personen har gått bredvid på arbetsplatsen** (*Ange med X*)

Ja	
Nej	

Ange hur länge och vem som varit handledare:

---

---

---

**Övrig information:**

---

---

---