**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, telefonnummer och mailadress till person som ska delegeras**

|  |
| --- |
| Namn:Tele.nr:Mail: |

**Enhet/grupp/Utförare**

|  |
| --- |
|  |

**Ansvarig chef, telefonnummer och mailadress**

|  |
| --- |
| Chef:Tele.nr:Mail: |

**Utbildning** (Ange med X)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Undersköterska |  | Från vilket år: |
| Vårdbiträde |  |  |
| Annan Vårdutbildning |  | Vilken utbildning: |
| Ingen vårdutbildning |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ingen tidigare vårderfarenhet |  |  |
| Mindre än 1 år |  | Hur länge: |
| 1-5 år |  |  |
| Mer än 5 år |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hemvård |  | Arbetsplats/er: |
| Enbart servicetjänster |  |  |
| Äldreboende |  | Vilket: |
| Personlig assistans |  |  |
| Sjukhus |  | Arbetsplats: |

**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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personen har genomfört webbutbildningen *Jobba säkert med läkemedel*,**

**bilaga 2 med skriftliga svar på testfrågorna medföljer vid delegeringstillfället** (Ange med X)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ja** |  |

**Övrig infromation:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_