|  |  |
| --- | --- |
| Reservblankett | Göteborgs Stad logotyp |
|  |  |

# Delegeringsbeslut inom fysioterapi

Delegeringsbeslut ska i första hand registreras i verksamhetssystemet Treserva

|  |
| --- |
| **Anställd**Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.Pers.nr: Klicka eller tryck här för att ange text.Utförarenhet: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Delegeras av**Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.Yrke: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Tidsperiod**Delegering gäller från Välj datum till Välj datum |
| **Delegerade arbetsuppgift utförs endast för patient/vårdtagare:**Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.Pers.nr: Klicka eller tryck här för att ange text. |

**Arbetsuppgift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Andningsträning | [ ]  Balansträning | [ ]  Behandling med tippbord |
| [ ]  Gång- och trappträning | [ ]  Ortos, handhavande | [ ]  Stimulatorer/Apparatbehandling |
| [ ]  Ståträning | [ ]  Träning av aktivitet | [ ]  Träning efter fraktur |
| [ ]  Värme/kylbehandling | [ ]  Ödembehandling |  |

[ ]  Övrig behandling/träning: Klicka eller tryck här för att ange text.

**Underskrift**

Mottagare för delegeringen/Anställd:

Leg Fysioterapeut:

Kopior på blankett ska till mottagare för delegeringen/anställd och dennes chef.

# Beslut på indragning av delegering inom fysioterapi

|  |
| --- |
| **Anställd**Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.Pers.nr: Klicka eller tryck här för att ange text.Utförarenhet: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Delegerad av**Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.Yrke: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Delegerade arbetsuppgift utförs endast för patient/vårdtagare:**Namn: Klicka eller tryck här för att ange text.Pers.nr: Klicka eller tryck här för att ange text. |

**Indragen arbetsuppgift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Andningsträning | [ ]  Balansträning | [ ]  Behandling med tippbord |
| [ ]  Gång- och trappträning | [ ]  Ortos, handhavande | [ ]  Stimulatorer/Apparatbehandling |
| [ ]  Ståträning | [ ]  Träning av aktivitet | [ ]  Träning efter fraktur |
| [ ]  Värme/kylbehandling | [ ]  Ödembehandling |  |

[ ]  Övrig behandling/träning: Klicka eller tryck här för att ange text.

Orsak till indragning: Beskriv orsaker här

Datum för indragning: Fyll i datum

**Underskrift**

Mottagare för delegeringen/Anställd:

Leg Fysioterapeut: