



Beställning av hälso- och sjukvårdsåtgärd - övriga

Datum:

Patient Namn och adress	Personnummer

Utförarenhet som ska utföra hälso- och sjukvårdsåtgärd: ☐ Ny beställning
☐ Ändrad beställning
..... ☐ Avslutad beställning

Kompetenskrav

- ☐ åtgärden får endast utföras av personal med delegeringsbeslut
☐ åtgärden får utföras av personal utan delegering

Hälso- och sjukvårdsåtgärd

☐ Annat, se kommentar	☐ RIK, tappning av urinblåsa
☐ Andningsbefrämjande åtgärder	☐ Stomivård
☐ KAD spolning	☐ Syrgas
☐ Kompressionsbehandling	☐ Sårvård
☐ Ortosbehandling	☐ TENS-behandling
☐ PEG/Gastrostomiknapp bortkoppling inkl. spolning	☐ Träning
☐ PEG/Gastrostomiknapp läkemedel inkl. spolning	☐ Kontinuerlig tillsyn (vak) vid livets slut
☐ PEG/Gastrostomiknapp påkoppling inkl. läkemedel och spolning	

Kommentar:

När skall åtgärden utföras:

- ☐ Må ☐ Ti ☐ On ☐ To ☐ Fr ☐ Lö ☐ Sö ☐ Alla veckodagar ☐ Var.....dag?
- ☐ Någon gång under dagen efter överenskommelse med den enskilde
- ☐ morgon ☐ förmiddag ☐ lunch ☐ eftermiddag ☐ kväll ☐ natt
- Specifikt klockslag eller tidsintervall (får inte ändras utan överenskommelse med beställare)
☐ kl..... ☐ kl..... ☐ kl..... ☐ kl..... ☐ kl..... ☐ kl.....

Beställningens giltighetstid: Fr.o.m.....T.o.m.....

Ansvarig för beställningen: ☐ Sjuksköterska ☐ Arbetsterapeut ☐ Fysioterapeut/sjukgymnast

Namn: