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

# Delegeringsbeslut inom arbetsterapi

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 Arbetsterapeut:

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

# Beslut på indragning av delegering inom arbetsterapi

|  |
| --- |
| **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 Arbetsterapeut: