Datum: Klicka ange datum.

# **Signeringslista för ordination**

# **från arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast eller sjuksköterska**

|  |  |
| --- | --- |
| Patient: Klicka här för att ange text. Personnr: Klicka här för att ange text. | |
| Ordinerad behandling Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| Utförs av flera i personalgruppen | Uppgiften får endast utföras av personal enligt delegeringsbeslut |
| Ansvarig för ordinationen  Klicka för att ange text. Välj ett objekt. Klicka ange tele.  Namn Yrke: Telefon: | |

Vid frågor och problem, hör av dig direkt till ansvarig för ordinationen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klockslag: | Signatur: | Kommentar från den som utfört behandlingen: | Orsak om utebliven behandling: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |