**Överlämnande av ordinerad hälso- och sjukvårdsåtgärd**

**Patient**

**Namn:** Klicka eller tryck här för att ange text.

**Pers.nr:** Klicka eller tryck här för att ange text.

**Kompetenskrav**

Åtgärden kan utföras av personal utan delegeringsbeslut

Åtgärden utförs endast av personal med delegeringsbeslut

**Beskrivning av åtgärden:**

Klicka eller tryck här för att ange text.

Se separat instruktion/vårdplan

Åtgärden ska signeras

**När åtgärden ska utföras:**

Varje dag  Varannan dag

Månd  Tisd  Onsd  Torsd  Fred  Lörd  Sönd

Specifika klockslag: Klicka eller tryck här för att ange text.

Någon gång under dagen (efter överenskommelse med den enskilde)

Morgon Förmiddag Lunch Eftermiddag Kväll  Natt

Vid specifikt tillfälle: Klicka eller tryck här för att ange text.

**Ordinationens giltlighetstid:**

Gäller från Välj datum till Välj datum

**Beslutad av** (namn och yrkestitel)**:** Klicka eller tryck här för att ange text.