**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.