



Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift, närvårdare

Namn:		Personnummer	
Utbildning/examen:			
Reg.nr i Valvira:			
Tjänst:			
Organisation/enhet:			

Delegeringen gäller:

Läkemedelsbehandling:	<input type="checkbox"/> Blodtrycksmätning	<input type="checkbox"/> Benlindning
<input type="checkbox"/> LOVe	<input type="checkbox"/> Blodsockermätning	<input type="checkbox"/> Sårvård
- LOP, teoridel	<input type="checkbox"/> Subcutana injektioner	<input type="checkbox"/> Kateterspolning
- LOP, läkemedelsräkningsdel		
- HCI		
- GER del 1		

Villkor:

Tentamen i LOVe (enligt ovan) vart femte år.
Delegeringen är personlig och giltig i fem år.

Person, som kontrollerat och uppdaterat delegering: Härmed intygas att _____ genom kontroll och bedömning konstaterats inneha tillräcklig utbildning (genomförda studier och praktisk utbildning), praktisk erfarenhet och yrkesskicklighet som motsvarar tillräckliga förutsättningar för att handha uppgiften ifråga.

Ort och datum:	Titel:	
	Namn:	
_____ Underskrift		

Klinikchef (medicinskt ansvarig) som delegerar: I enlighet med lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 1994/559, § 2 och förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 564/1994, § 3, delegeras härmed enligt ovanstående. Yrkeskompetensen är kontrollerad i Valvira.

Ort och datum:	Titel:	
	Namn:	
_____ Underskrift		

Jag mottar delegering av de uppgifter där jag påvisat kunskap. Jag är införstådd med det kunnande och ansvar, samt ovanstående villkor, som uppgiften innebär.

Ort och datum:	Titel:	
	Namn:	
_____ Underskrift		