Med stöd av gällande författningar, HSLF-FS 2017:37 om Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård, SOSFS 1997:14 om delegering inom hälso- och sjukvård och tandvård samt SOSFS 2002:12 om delegering inom tandvården, har följande överenskommelse träffats om delegering.

**Till:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Personnummer | Titel |
| Enhet | | |

**som jag, överlåtare (formellt och reellt kompetent) av arbetsuppgiften, försäkrat mig om innehar erforderlig reell kompetens, delegerar jag följande arbetsuppgift/er:**

|  |
| --- |
|  |

**Beslutet upphör dessförinnan om den som delegerar eller den som mottagit delegeringen lämnar sin befattning eller om någon av parterna begär att delegeringen ska upphöra.**

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning, överlåtare | Namnförtydligande, överlåtare |
| Ort & Datum | Titel, överlåtare |

**Jag åtar mig härmed ovanstående delegerad arbetsuppgift då jag enligt min egen bedömning anser mig har tillräcklig utbildning och erfarenhet (reell kompetens) för uppgiften. Jag är medveten om att jag ansvarar för utförandet inom ramen för mitt yrkesansvar. Jag är förtrogen med de författningar som reglerar de uppgifter som delegerats till mig:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning, mottagare | Namnförtydligande, mottagare |
| Ort & Datum | Titel, mottagare |

**Godkänd av basenhets-/klinik-/verksamhetschef:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Namnteckning |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Delegeringen gäller:**  max 1 år, sedan uppföljning | Fr.o.m. | T.o.m. | Signatur mottagare/överlåtare |
| **Uppföljningen gäller:**  max 1 år, sedan ny uppföljning | Datum då uppföljning skett | T.o.m. | Signatur mottagare/överlåtare |
| **Uppföljningen gäller:**  max 1 år, sedan ny uppföljning | Datum då uppföljning skett | T.o.m. | Signatur mottagare/överlåtare |
| **Uppföljningen gäller:**  max 1 år, sedan ny uppföljning och ny blankett | Datum då uppföljning skett | T.o.m. | Signatur mottagare/överlåtare |
| **Delegeringen upphör:** | Orsak | Datum, signatur mottagare | Datum, signatur överlåtare |