Följande arbetsuppgifter överlåtes till leg. tandläkare. Genom att kryssa ja eller nej i rutorna nedan väljs vilken arbetsuppgift som överlåtes. På det som kryssas nej och som är aktuellt på kliniken, ska i klinikens lokala rutin beskrivas hur dessa ansvarsuppgifter hanteras på kliniken.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klinik:** |  | | |
| **Namn & titel:** |  | | |
| **Gäller fr.o.m.** |  | **Gäller t.o.m.** |  |

Datumet t.o.m. fylls i när detta dokument ersätts av ett nytt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ja** | **Nej** |  |
| □ | □ | Ansvar för att klinikens rutiner för läkemedelshantering är aktuella och fastställda av klinikchef |
| □ | □ | Övergripande ansvar för läkemedelsförrådet |
| □ | □ | Ansvar för beställning av läkemedel till förrådet |
| □ | □ | Ansvar för att kliniken hanterar medicinsk gas enligt klinikens rutin för läkemedelshantering – Medicinska gaser |
| □ | □ | Att svara för kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering |
| □ |  |  |
| □ |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Undertecknad accepterar att fullgöra ovan beskrivna arbetsuppgifter  Datum  ……………………………………………….  Namnteckning | Klinikchef  Datum  ……………………………………………….  Namnteckning / namnförtydligande |