

Intyg om genomgången Delegeringsutbildning

Härmed intygas att

(namn) _____

(personnummer) _____

har genomgått Delegeringsutbildning

- Allmän del _____
År-månad-datum _____ Leg personal som ansvarat för undervisningen
- Läkemedel _____
År-månad-datum _____ Sjuksköterska som ansvarat för undervisningen
- Insulingivning* _____
År-månad-datum _____ Sjuksköterska som ansvarat för undervisningen
- Annat (ange vad) _____
- _____
År-månad-datum _____ Leg personal som ansvarat för undervisningen

*Innan delegering av insulingivning ska du också ha gett insulin under handledning, minst tre gånger.

Kontakta din sjuksköterska så snart som möjligt för att få ett delegeringsbeslut. Detta intyg är giltigt en månad, från det datum då du gick delegeringsutbildningen.