



## Mariestads kommun.

### Anmälan av tillbud i samband med annan hälso- och sjukvårdsuppgift än läkemedelshantering.

Enhet: \_\_\_\_\_

Datum och klockslag: \_\_\_\_\_

Vårdtagarens namn: \_\_\_\_\_

Vårdtagarens personnummer: \_\_\_\_\_

Noggrann beskrivning av tillbudet: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Namn på anställd som var  
Inblandad i tillbudet:

\_\_\_\_\_

Telefon dagtid:

\_\_\_\_\_

Utbildning:

\_\_\_\_\_

Fast anställning/vikarie:

\_\_\_\_\_

Har delegation för arbetsuppgiften:      JA [ ]      Nej [ ]

Anmälan skall fyllas i och gås igenom tillsammans med  
patientansvarig sjuk. Sköt./distr. sköt.

OBS. Om mer än en personal är inblandad i tillbudet skall var och en  
fylla i en anmälan!

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Uppgiftslämnare

\_\_\_\_\_  
Ansvarig sjuk.sköt./distr. sköt.

Anmälan sändes till:  
Medicinskt ansvarig sjuksköt. Soc. Kont. 542 86 Mariestad.