**Beboerbunden fullmakt til utdeling av insulin-preparater**

|  |  |
| --- | --- |
| Institusjon og avdeling: |  |
| Beboer (navn og fødselsnummer) |  |
| Fullmakten gjelder for følgende insulin-preparater (angi preparatenes navn): |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn og sign. fullmektigen: | Sjekkliste gjennomgått (dato): | Sign. avd.spl: | Dato og sign. Inst.sjef |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|   |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

Ved sin signatur bekrefter fullmektigen:

* Å ha satt seg inn i prosedyrer for legemiddelhåndtering
* Å være kjent med hvilke oppgaver som omfattes av denne fullmakten og ikke utføre andre legemiddelhåndteringsoppgaver enn det er gitt fullmakt til
* Å dele ut legemidler på en faglig forsvarlig måte

 Ved sin signatur bekrefter avdelingssykepleier

* At påkrevet opplæring er gjennomgått med fullmektigen

 Ved sin signatur bekrefter institusjonssjef:

* At fullmektigen er kompetent og personlig egnet til å dele ut legemidler på en faglig forsvarlig måte