**Signaturlista**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förvaltning | Område / Verksamhet | Enhet  |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Giltighetstid | Fr o m | Årlig översyn genomförd |
| Signaturlistan ska ses över minst en gång årligen och revideras löpande vid förändringar.  | Klicka eller tryck här för att ange text. |  |

På varje enhet ska det alltid finnas en lista med signatur och namnförtydligande för den hälso- och sjukvårdspersonal som i något avseende ordinerar, beställer, iordningställer och/eller administrerar läkemedel, läkare så väl som sjuksköterskor. På listan ska namn, befattning, och handskriven signatur anges.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn (textat) | Befattning | Signatur | Namnteckning | Datum |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn (textat) | Befattning | Signatur | Namnteckning | Datum |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |