ambulancebrev

*Randers Kommune*

Ambulancebrevet skal sikre, at vi på arbejdspladsen ved, hvem vi kan kontakte, hvis en medarbejder kommer alvorligt til skade, bliver alvorlig syg eller udsættes for en traumatisk oplevelse, mens vedkommende er på arbejde.

* Alle i afdelingen opfordres til at udfylde og underskrive et ambulancebrev. Gælder for samtlige ansatte – også midlertidigt tilknyttet personale.
* Brevet opbevares separat i en lukket kuvert i et aflåst skab på et sted, der er kendt og tilgængeligt for relevante medarbejdere i afdelingen. Det bør søges at begrænse adgangen så meget som muligt uden at formålet med ambulancebrevet forsvinder.
* Det er en leder eller kollega, der i den konkrete situation tager stilling til, om ambulancebrevet skal tages i brug.
* Ajourføring af skemaet påhviler leder og medarbejder i fællesskab. Ajourføring kan med fordel tages op 1 gang årligt i forbindelse med MUS-samtalen, så opdatering sikres.
* Nærmeste leder sørger for, at nyansatte får udfyldt ambulancebrevet.
* Når medarbejder fratræder, skal nærmeste leder sikre at ambulancebrevet hurtigst muligt makuleres.

***Navn på medarbejder:***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***1. Pårørende, der skal kontaktes/orienteres***

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2. Pårørende, der skal kontaktes/orienteres, hvis 1. pårørende ikke træffes***

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Jeg har orienteret mine pårørende om, at min arbejdsplads kan kontakte dem*.**

Dato og underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_