

Förskrivning av TENS-apparat
Används av Privata fysioterapeuter/sjukgymnaster utan eget TENS-lager

Beställningsdatum:	
Förskrivare:	
Verksamhet: (Adress för internpost)	
E-post:	
Telefonnummer:	

Uppgifter om patient:

Personnummer:	
Namn:	
Adress:	
Postadress:	
Telefonnummer:	

Efterfrågad funktion:	<input type="checkbox"/> SmärtTens
	<input type="checkbox"/> GravTens

Eventuella kommentarer:

--

Underskrift förskrivare

Ort & Datum

Blanketten skickas via internpost/post/fax till:

Hjälpmedelsservice
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad
Faxnr:054-850413

Telefon: 010-831 71 52

E-post:
hjalpmedelsservice.karlstad@regionvarmland.se
Hemsida:
www.regionvarmland.se/hjalpmedelsservice