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

**Uppgifter om patient:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnummer:**  |  |
| **Namn:**  |  |
| **Adress:**  |  |
| **Postadress:**  |  |
| **Telefonnummer:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Efterfrågad funktion:** | **[ ]  SmärtTens [ ]  GravTens** |

 **Eventuella kommentarer:**

|  |
| --- |
|            |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Underskrift förskrivare Ort & Datum**

**Blanketten skickas via internpost/post till:**
Hjälpmedelsservice
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad