|  |  |
| --- | --- |
| **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