

**Hjälpmedelsservice**

**Förskrivning av TENS-apparat   
Används av Vårdval Fysioterapi med eget TENS-lager**

|  |  |
| --- | --- |
| **Förskrivare:** |  |
| **Förskrivarkod:** |  |
| **TENS-lager:** |  |
| **Adress för internpost:** |  |
| **E-post:** |  |
| **Telefonnummer:** |  |

**Uppgifter om patient:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnummer:** |  |
| **Namn:** |  |
| **ID.nr på utprovad  TENS-apparat:** |  |
|  |  |
|  |  |

**Eventuella kommentarer:**

**Underskrift förskrivare Ort & Datum**

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

Påfyllning av Tens-apparat till ert TENS-lager sker med automatik.