

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.