

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

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

Uppgifter om brukare:

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

Eventuella kommentarer:

--

\_\_\_\_\_  
Underskrift förskrivare

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum

Blanketten skickas via internpost/post/fax till: Faxnr:054-850413  
Hjälpmedelsservice  
Östanvindsgatan 14  
652 21 Karlstad

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