

**Förskrivning av TENS-apparat**  
**Används av Privata fysioterapeuter/sjukgymnaster utan eget TENS-lager**

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

Uppgifter om patient:

Personnummer:	
Namn:	
Adress:	
Postadress:	
Telefonnummer:	

Efterfrågad funktion:	<input type="checkbox"/> SmärtTens
	<input type="checkbox"/> GravTens

Eventuella kommentarer:

--

\_\_\_\_\_  
Underskrift förskrivare

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

**Blanketten skickas via internpost/post till:**

Hjälpmedelsservice  
Östanvindsgatan 14  
652 21 Karlstad

**Telefon:** 010-831 71 52

**E-post:**  
hjalpmedelsservice.karlstad@regionvarmland.se  
**Hemsida:**  
[www.regionvarmland.se/hjalpmedelsservice](http://www.regionvarmland.se/hjalpmedelsservice)