

### Förskrivning av TENS-apparat i samband med förlossning

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

#### Uppgifter om patient:

Personnummer:	
Namn:	
Adress:	
Postadress:	
Telefonnummer:	

Önskat leveransdatum (tidigast inom 10 kalenderdagar från ankomstregisterad beställning)	
Beräknat förlossningsdatum	

#### 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