

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/fax till: Fax nr: 054-850413

Hjälpmedelsservice
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad

Telefon: 010-831 71 52

E-post:
hjalpmedelsservice.karlstad@regionvarmland.se
Hemsida:
www.regionvarmland.se/hjalpmedelsservice