



schwa-medico
MEDISCHE APPARATEN

Aanvraag TENS

Patiëntgegevens:

Naam: _____ Voorletters: _____ m/v*

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ **Geboortedatum:** _____

Zorgverzekeraar: _____

Polisnummer: _____ B.S.N.: _____

***doorhalen wat niet van toepassing is**

Diagnose: *(uit de aanvraag moet duidelijk blijken dat het om chronisch pijn gaat)*

Proefperiode van 14 dagen volbracht**

Effect proefperiode: _____

- schwa-medico TENS eco II ander apparaat, nl.: _____
 elektroden 50 x 50 mm ander formaat, nl.: (Ø32 , Ø50, 50x90, 50x130, 80x130)

apparaat naar patiënt sturen apparaat naar aanvrager sturen

OF bij uitgifte voorschrijver:

pat. heeft reeds definitief apparaat met SN: _____ **Handtekening pat. voor ontvangst:**

****altijd aankruisen na volbrenging van proefperiode**

Gegevens voorschrijver:

Instelling: _____

Naam arts / therapeut: _____

Naam pijnspecialist: _____

Telefoon: _____ fax: _____

Datum: _____ handtekening: _____

Verstuur of fax het ingevulde formulier naar:

schwa-medico Nederland BV Koningin Julianaplein 10 3931 CK WOUDEBERG
Telefoon: 033 - 4 65 50 64 Fax: 033 - 4 61 22 23 E-mail: info@schwa-medico.nl