



## Aanvraag 2025 TENS bij incontinentie PTNS-thuistherapie

schwa-medico

<b>Patiëntgegevens:</b>	
Naam: _____	Voorletters: _____ m/v
Adres: _____	
Postcode / woonplaats: _____	
Telefoonnummer: _____	Geboortedatum: _____
e-mailadres: _____	
Zorgverzekeraar : _____	
Polisnummer: _____	B.S.N.: _____

- Patiënt is op de hoogte van de eigen kosten à € 132,50 —> Handtekening:**  
(mogelijk vergoed de zorgverzekeraar achteraf, maar dat is allerminst zeker!) \_\_\_\_\_
- Patiënt is aanvullend verzekerd bij Z. Kruis (3 of 4\*), Pro Life (AV Large en AV Extra Large), Interpolis (Zonderzorgen), de Friesland (AV Extra en AV Optimaal)**
- Patiënt is BASIS-verzekerd bij Z&Z**

**Diagnose: (indien er duidelijk sprake is van chronische pijn, dan graag TENS bij chronische pijn aanvragen !!!!!)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- schwa-medico TENStem Eco Basic**     **Ander apparaat, nl.:** \_\_\_\_\_
- Elektroden Ø32 mm                       **Ander formaat, nl.:** \_\_\_\_\_ (50x50, Ø50, 50x90, 50x130, 80x130, vlinder)
- Proefperiode volbracht.**
- Apparaat s.v.p. instellen op:**              Hz,              µs, en              minuten                       **Vergrendelen**
- Apparaat naar patiënt sturen**     **Apparaat naar instructeur sturen**  
**OF bij uitgifte door instructeur:**
- Pat. heeft reeds definitief apparaat met SN:** \_\_\_\_\_    **Handtekening pat. voor ontvangst:**

<b>Verwijzer</b>	
Instelling/ziekenhuis verwijzer:	
Naam specialist:	Specialisme:
<b>Instructeur:</b>	
Naam instructeur:	Instelling/praktijk:
Adres:	Plaats
E-mailadres:	Telefoon:
Datum:	Handtekening instructeur:

Verstuur, fax het ingevulde formulier of scan en mail 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