

Формуляр за съгласие

Физиотерапия

Име на бизнеса

ДАННИ ЗА КЛИЕНТА

Пълно име

Телефонен номер

Имейл

Дата на раждане

ПОТВЪРЖДАВАМ, ЧЕ

- ☐ Споделих точна информация за здравето и медикаментите си.
- ☐ Планът за лечение, очакваните ползи и възможния дискомфорт ми бяха обяснени.
- ☐ Мога да прекратя лечението по всяко време.
- ☐ Ще уведомя терапевта за всяка промяна в състоянието ми.

Съгласен съм, че бизнесът пази информацията в този формуляр за предоставяне на услугата и за толкова дълго, колкото изисква законът. Мога да поискам да видя, коригирам или изтрия данните си по всяко време.

Подпис на клиента

Подпис на специалиста

Дата