

Formulář souhlasu

Fyzioterapie

Název firmy

DETAILY KLIENTA

Celé jméno

Telefonní číslo

E-mail

Datum narození

POTVRZUJI, ŽE

- ☐ Sdílel/a jsem přesné informace o svém zdraví a lécích.
- ☐ Plán léčby, jeho očekávané přínosy a možné nepohodlí mi byly vysvětleny.
- ☐ Mohu kdykoli zastavit léčbu.
- ☐ Informuji terapeuta o jakékoli změně mého stavu.

Souhlasím, že podnik uchovává informace v tomto formuláři pro poskytnutí služby a po dobu, kterou vyžaduje zákon. Mohu kdykoli požádat o zobrazení, opravu nebo smazání svých údajů.

Podpis klienta

Podpis specialisty

Datum