

Samtykkeformular

Fysioterapi

Virksomhedsnavn

KLIENTOPLYSNINGER

Fulde navn

Telefonnummer

Email

Fødselsdato

JEG BEKRÆFTER, AT

- ☐ Jeg har delt nøjagtige oplysninger om mit helbred og medicin.
- ☐ Behandlingsplanen, de forventede fordele og mulige ubehag blev forklaret for mig.
- ☐ Jeg kan stoppe behandlingen når som helst.
- ☐ Jeg vil fortælle terapeuten om enhver ændring i min tilstand.

Jeg accepterer, at virksomheden opbevarer oplysningerne i denne formular for at levere tjenesten og så længe loven kræver det. Jeg kan til enhver tid bede om at se, rette eller slette mine data.

Klientsignatur

Specialistens underskrift

Dato