

Einwilligungserklärung

Physiotherapie

Unternehmen

KUNDENDATEN

Vollständiger Name

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

ICH BESTÄTIGE, DASS

- ☐ Ich habe genaue Informationen über meine Gesundheit und Medikation geteilt.
- ☐ Der Behandlungsplan, seine erwarteten Vorteile und mögliche Unannehmlichkeiten wurden mir erklärt.
- ☐ Ich kann die Behandlung jederzeit abbrechen.
- ☐ Ich werde den Therapeuten über jede Änderung meines Zustands informieren.

Ich stimme zu, dass das Unternehmen die Informationen in diesem Formular speichert, um die Dienstleistung bereitzustellen und so lange, wie es das Gesetz erfordert. Ich kann jederzeit Einsicht, Korrektur oder Löschung meiner Daten verlangen.

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des Spezialisten

Datum