

Φόρμα συναίνεσης

Φυσικοθεραπεία

Όνομα επιχείρησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο

Αριθμός τηλεφώνου

Email

Ημερομηνία γέννησης

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ

- ☐ Έχω δώσει ακριβείς πληροφορίες για την υγεία και τα φάρμακά μου.
- ☐ Το σχέδιο θεραπείας, τα αναμενόμενα οφέλη και η πιθανή δυσφορία μου εξηγήθηκαν.
- ☐ Μπορώ να σταματήσω τη θεραπεία οποιαδήποτε στιγμή.
- ☐ Θα ενημερώσω τον θεραπευτή για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάστασή μου.

Συμφωνώ ότι η επιχείρηση διατηρεί τις πληροφορίες αυτής της φόρμας για την παροχή της υπηρεσίας και για όσο απαιτεί ο νόμος. Μπορώ να ζητήσω να δω, να διορθώσω ή να διαγράψω τα δεδομένα μου οποιαδήποτε στιγμή.

Υπογραφή πελάτη

Υπογραφή ειδικού

Ημερομηνία