

Nõusolekuvorm

Füsioteraapia

Ettevõtte nimi

KLIENDI ANDMED

Täisnimi

Telefoninumber

E-post

Sünnikuupäev

KINNITAN, ET

- ☐ Olen jaganud täpset teavet oma tervise ja ravimite kohta.
- ☐ Raviplaan, selle oodatavad eelised ja võimalik ebamugavus selgitati mulle.
- ☐ Võin ravi igal ajal katkestada.
- ☐ Teavitan terapeuti oma seisundi muutustest.

Nõustun, et ettevõtte säilitab selle vormi teavet teenuse osutamiseks ja nii kaua, kui seadus nõuab. Võin igal ajal küsida oma andmeid näha, parandada või kustutada.

Kliendi allkiri

Spetsialisti allkiri

Kuupäev