

Formulaire de consentement

Physiothérapie

Nom de l'entreprise

DÉTAILS DU CLIENT

Nom complet

Numéro de téléphone

E-mail

Date de naissance

JE CONFIRME QUE

- ☐ J'ai partagé des informations précises sur ma santé et mes médicaments.
- ☐ Le plan de traitement, ses bénéfices attendus et les éventuels inconforts m'ont été expliqués.
- ☐ Je peux arrêter le traitement à tout moment.
- ☐ Je signalerai au thérapeute tout changement dans ma condition.

J'accepte que l'entreprise conserve les informations de ce formulaire pour fournir le service et aussi longtemps que la loi l'exige. Je peux demander à voir, corriger ou supprimer mes données à tout moment.

Signature du client

Signature du spécialiste

Date