

Obrazac pristanka

Fizioterapija

Naziv tvrtke

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Telefonski broj

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Podijelio/la sam točne informacije o svom zdravlju i lijekovima.
- ☐ Plan tretmana, očekivane koristi i moguće nelagode su mi objašnjeni.
- ☐ Mogu prekinuti tretman u bilo kojem trenutku.
- ☐ Reći ću terapeutu o bilo kakvoj promjeni u svom stanju.

Slažem se da poslovanje čuva informacije iz ovog obrasca kako bi pružilo uslugu i onoliko dugo koliko zakon zahtijeva. Mogu zatražiti uvid, ispravak ili brisanje svojih podataka u bilo kojem trenutku.

Potpis klijenta

Potpis stručnjaka

Datum