

Beleegyező nyilatkozat

Fizioterápia

Üzlet neve

ÜGYFÉL ADATAI

Teljes név

Telefonszám

Email

Születési dátum

MEGERŐSÍTEM, HOGY

- ☐ Pontos információkat osztottam meg az egészségemről és a gyógyszereimről.
- ☐ A kezelési tervet, annak várható előnyeit és esetleges kellemetlenségeit elmagyarázták nekem.
- ☐ Bármikor leállíthatom a kezelést.
- ☐ Tájékoztatom a terapeutát bármilyen változásról az állapotomban.

Egyetértek, hogy az üzlet megőrzi az űrlapon szereplő információkat a szolgáltatás biztosítása érdekében és ameddig a törvény előírja. Bármikor kérhetem az adataim megtekintését, javítását vagy törlését.

Ügyfél aláírása

Szakértő aláírása

Dátum