

Consenso informato

Fisioterapia

Attività

DETTAGLI CLIENTE

Nome completo

Telefono

Email

Data di nascita

CONFERMO CHE

- ☐ Ho condiviso informazioni accurate sulla mia salute e farmaci.
- ☐ Il piano di trattamento, i benefici attesi e i possibili disagi mi sono stati spiegati.
- ☐ Posso interrompere il trattamento in qualsiasi momento.
- ☐ Informerò il terapeuta su qualsiasi cambiamento nella mia condizione.

Accetto che l'attività conservi le informazioni in questo modulo per fornire il servizio e per il tempo richiesto dalla legge. Posso chiedere di vedere, correggere o cancellare i miei dati in qualsiasi momento.

Firma cliente

Firma specialista

Data