

Sutikimo forma

Kineziterapija

Verslo pavadinimas

KLIENTO DUOMENYS

Pilnas vardas

Telefono numeris

El. paštas

Gimimo data

PATVIRTINU, KAD

- ☐ Pateikiau tikslią informaciją apie savo sveikatą ir vaistus.
- ☐ Man buvo paaiškintas gydymo planas, jo tikėtina nauda ir galimas diskomfortas.
- ☐ Galiu bet kada nutraukti gydymą.
- ☐ Informuosiu terapeutą apie bet kokius mano būklės pokyčius.

Sutinku, kad verslas saugo informaciją iš šios formos paslaugos teikimui ir tiek, kiek reikalauja įstatymai. Galiu bet kada prašyti peržiūrėti, pataisyti ar ištrinti savo duomenis.

Kliento parašas

Specialisto parašas

Data