

Формулар за согласност

Физиотерапија

Име на бизнисот

ДЕТАЛИ ЗА КЛИЕНТОТ

Целосно име

Телефонски број

Е-пошта

Датум на раѓање

ПОТВРДУВАМ ДЕКА

- ☐ Споделив точни информации за моето здравје и лекови.
- ☐ Планот за третман, очекуваните придобивки и можната непријатност ми беа објаснети.
- ☐ Можам да го прекинам третманот во секое време.
- ☐ Ќе му кажам на терапевтот за каква било промена во мојата состојба.

Се согласувам дека бизнисот ја чува информацијата од овој формулар за да ја обезбеди услугата и колку што законот бара. Можам да побарам да ја видам, коригирам или избришам мојата информација во секое време.

Потпис на клиентот

Потпис на специјалист

Датум