

Samtykkeskjema

Fysioterapi

Bedriftsnavn

KUNDEDETALJER

Fullt navn

Telefonnummer

E-post

Fødselsdato

JEG BEKREFTER AT

- ☐ Jeg har delt nøyaktig informasjon om min helse og medisiner.
- ☐ Behandlingsplanen, forventede fordeler og mulig ubehag ble forklart for meg.
- ☐ Jeg kan stoppe behandlingen når som helst.
- ☐ Jeg vil informere terapeuten om enhver endring i min tilstand.

Jeg godtar at virksomheten oppbevarer informasjonen i dette skjemaet for å levere tjenesten og så lenge loven krever. Jeg kan be om å se, rette eller slette mine data når som helst.

Kundens signatur

Spesialistsignatur

Dato