

Toestemmingsformulier

Fysiotherapie

Bedrijfsnaam

KLANTGEGEVENS

Volledige naam

Telefoonnummer

E-mail

Geboortedatum

IK BEVESTIG DAT

- ☐ Ik heb nauwkeurige informatie over mijn gezondheid en medicatie gedeeld.
- ☐ Het behandelplan, de verwachte voordelen en mogelijke ongemakken zijn aan mij uitgelegd.
- ☐ Ik kan de behandeling op elk moment stoppen.
- ☐ Ik zal de therapeut informeren over elke verandering in mijn conditie.

Ik ga akkoord dat het bedrijf de informatie in dit formulier bewaart om de dienst te leveren en zolang de wet vereist. Ik kan op elk moment vragen om mijn gegevens in te zien, te corrigeren of te verwijderen.

Handtekening van de cliënt

Handtekening specialist

Datum