

Formularz zgody

Fizjoterapia

Biznes

DANE KLIENTA

Pełne imię i nazwisko

Telefon

Email

Data urodzenia

POTWIERDZAM, ŻE

- ☐ Przekazałem dokładne informacje o moim zdrowiu i lekach.
- ☐ Plan leczenia, jego oczekiwane korzyści i możliwy dyskomfort zostały mi wyjaśnione.
- ☐ Mogę przerwać leczenie w każdej chwili.
- ☐ Poinformuję terapeutę o każdej zmianie w moim stanie.

Zgadzam się, aby firma przechowywała informacje zawarte w tym formularzu w celu świadczenia usługi i tak długo, jak wymaga tego prawo. Mogę w każdej chwili poprosić o wgląd, korektę lub usunięcie moich danych.

Podpis klienta

Podpis specjalisty

Data