

Formulário de consentimento

Fisioterapia

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telefone

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Compartilhei informações precisas sobre minha saúde e medicação.
- ☐ O plano de tratamento, seus benefícios esperados e possíveis desconfortos foram explicados para mim.
- ☐ Posso interromper o tratamento a qualquer momento.
- ☐ Informarei o terapeuta sobre qualquer mudança na minha condição.

Concordo que o negócio mantenha as informações deste formulário para fornecer o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso solicitar ver, corrigir ou excluir meus dados a qualquer momento.

Assinatura do cliente

Assinatura do especialista

Data