

# Formulário de consentimento

Fisioterapia

Nome do negócio

## DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telemóvel

Email

Data de nascimento

## CONFIRMO QUE

- ☐ Partilhei informações precisas sobre a minha saúde e medicação.
- ☐ O plano de tratamento, os seus benefícios esperados e possíveis desconfortos foram-me explicados.
- ☐ Posso parar o tratamento a qualquer momento.
- ☐ Informarei o terapeuta sobre qualquer alteração na minha condição.

Concordo que o negócio mantenha a informação deste formulário para prestar o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso pedir para ver, corrigir ou apagar os meus dados a qualquer momento.

Assinatura do cliente

Assinatura do especialista

Data