

Formulár súhlasu

Fyzioterapia

Názov firmy

ÚDAJE KLIENTA

Celé meno

Telefónne číslo

Email

Dátum narodenia

POTVRDZUJEM, ŽE

- ☐ Poskytol(a) som presné informácie o mojom zdraví a liekoch.
- ☐ Plán liečby, jeho očakávané prínosy a možné nepohodlie mi boli vysvetlené.
- ☐ Môžem kedykoľvek zastaviť liečbu.
- ☐ Poviem terapeutovi o akejkoľvek zmene môjho stavu.

Súhlasím, že podnik uchováva informácie v tomto formulári na poskytnutie služby a tak dlho, ako to vyžaduje zákon. Môžem kedykoľvek požiadať o nahliadnutie, opravu alebo vymazanie mojich údajov.

Podpis klienta

Podpis špecialistu

Dátum