

Obrazec za soglasje

Fizioterapija

Ime podjetja

PODROBNOSTI STRANKE

Polno ime

Telefonska številka

E-pošta

Datum rojstva

POTRJUJEM, DA

- ☐ Posredoval/a sem točne informacije o svojem zdravju in zdravilih.
- ☐ Načrt zdravljenja, pričakovane koristi in možne neprijetnosti so mi bili pojasnjeni.
- ☐ Postopek lahko prekinem kadarkoli.
- ☐ Terapevta bom obvestil/a o kakršni koli spremembi v svojem stanju.

Strinjam se, da podjetje hrani informacije v tem obrazcu za zagotavljanje storitve in tako dolgo, kot zahteva zakon. Kadarkoli lahko zahtevam vpogled, popravek ali izbris svojih podatkov.

Podpis stranke

Podpis specialista

Datum