

Formular pëlqimi

Fizioterapi

Emri i biznesit

DETAJET E KLIENTIT

Emri i plotë

Numri i telefonit

Email

Data e lindjes

KONFIRMOJ QË

- ☐ Kam ndarë informacion të saktë për shëndetin dhe medikamentet e mia.
- ☐ Plani i trajtimit, përfitimet e pritshme dhe shqetësimet e mundshme më janë shpjeguar.
- ☐ Mund ta ndaloj trajtimin në çdo kohë.
- ☐ Do t'i tregoj terapistit për çdo ndryshim në gjendjen time.

Pranoj që biznesi mban informacionin në këtë formular për të ofruar shërbimin dhe për aq kohë sa kërkohet nga ligji. Mund të kërkoj të shoh, korrigjoj ose fshij të dhënat e mia në çdo kohë.

Nënshkrimi i klientit

Firma e specialistit

Data