

Obrazac saglasnosti

Fizioterapija

Naziv firme

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Broj telefona

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Podelio/la sam tačne informacije o svom zdravlju i lekovima.
- ☐ Plan tretmana, očekivane koristi i moguće nelagodnosti su mi objašnjeni.
- ☐ Mogu prekinuti tretman u bilo kom trenutku.
- ☐ Obavestiću terapeuta o bilo kakvoj promeni u mom stanju.

Slažem se da poslovanje čuva informacije iz ovog obrasca radi pružanja usluge i onoliko dugo koliko zakon zahteva. Mogu zatražiti da vidim, ispravim ili obrišem svoje podatke u bilo kom trenutku.

Potpis klijenta

Potpis specijaliste

Datum