

Onay formu

Fizyoterapi

İşletme adı

MÜŞTERİ DETAYLARI

Tam ad

Telefon numarası

E-posta

Doğum tarihi

ONAYLIYORUM Kİ

- ☐ Sağlığım ve ilaçlarım hakkında doğru bilgi paylaştım.
- ☐ Tedavi planı, beklenen faydaları ve olası rahatsızlıklar bana açıklandı.
- ☐ Tedaviyi istediğim zaman durdurabilirim.
- ☐ Durumumdaki herhangi bir değişikliği terapistle bildireceğim.

İşletmenin bu formdaki bilgileri hizmet sağlamak ve yasanın gerektirdiği süre boyunca saklamasına izin veriyorum. Verilerimi görmek, düzeltmek veya silmek için istediğim zaman talepte bulunabilirim.

Müşteri imzası

Uzman imzası

Tarih