

Форма згоди

Фізіотерапія

Назва бізнесу

ДЕТАЛІ КЛІЄНТА

Повне ім'я

Номер телефону

Електронна пошта

Дата народження

Я ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО

- ☐ Я надав(ла) точну інформацію про своє здоров'я та ліки.
- ☐ План лікування, його очікувані переваги та можливий дискомфорт були мені пояснені.
- ☐ Я можу припинити лікування в будь-який час.
- ☐ Я повідомлю терапевта про будь-які зміни в моєму стані.

Я погоджуюсь, що бізнес зберігає інформацію з цієї форми для надання послуги та стільки, скільки вимагає закон. Я можу попросити переглянути, виправити або видалити мої дані в будь-який час.

Підпис клієнта

Підпис спеціаліста

Дата