

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że udzielone informacje na temat stanu zdrowia mojego/ podopiecznego/dziecka, są
(niepotrzebne skreślić)
zgodne z prawdą oraz, że nie zostały zatajone żadne istotne informacje. Przyjmuję informację, iż w/w dane są
poufne zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego
przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
(data, czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenia fizjoterapeutyczne wobec mojej osoby/ mojego dziecka / podopiecznego
(niepotrzebne skreślić)

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

Rozumiem cel, przebieg i przeciwwskazania zaproponowanego świadczenia. Jednocześnie zobowiązuję się do
bezzwłocznego informowania o zmianie stanu zdrowia w trakcie lub po zabiegach. Mam świadomość
możliwych odczuć i reakcji organizmu pozytywnych jak i negatywnych na udzielone świadczenie
fizjoterapeutyczne. Jestem poinformowany/a o skutkach zaniechania świadczeń lub ich samodzielnej
modyfikacji. Otrzymałem(-am) również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania
i zrozumiałem udzielone odpowiedzi.

.....
(data, czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

DANE DO FAKTURY

IMIĘ I NAZWISKO:.....

NIP/PESEL:.....

ADRES ZAMIESZKANIA:.....

ADRES E-MAIL:.....

TYTUŁ FAKTURY*: Wizyta fizjoterapeutyczna lub inny (podać jaki)

.....
*niepotrzebne skreślić

.....
(data, czytelny podpis, pieczętka terapeuty)