



holistic physio

CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ

ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU

Imię i Nazwisko:

Pesel:

Nr telefonu:

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu fizjoterapeutycznego, obejmującego cały zakres usług dostępnych w Holistic Physio Centrum Rehabilitacji Holistycznej Sp. z o.o. w tym: Terapii Manualnej z uwzględnieniem igłoterapii oraz pinopresury, Leczniczego Treningu Funkcjonalnego oraz hirudoterapii. Zostałem/am poinformowany/a o celu terapii oraz skutkach zabiegów.

.....

.....

Data

Podpis pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż*:

- nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach, dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dokumentacji medycznej.
- Osobą upoważnioną do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych, dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej jest Pani/Pan:
.....zamieszkałą/y w
..... ul., posiadający nr
PESEL: i telefon kontaktowy.....

.....

.....

Data

Podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić