

Vážená paní, vážený pane,
dovolujeme si Vás upozornit, že Vámi vybraný léčebně-rekondiční pobyt zahrnuje povinnou lékařskou konzultaci o vhodnosti výběru procedur k Vašemu léčení či prevenci. Konzultaci můžete absolvovat u Vašeho ošetřujícího praktického nebo odborného interního lékaře, o čemž na tomto dokladu přinesete potvrzení nebo tuto konzultaci absolvujete u našeho lázeňského lékaře.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Název pobytu: Wellness „10“

Výčet procedur vybraného pobytu pro léčení či prevenci: 2x slatinná koupel, 2x suchá uhličitá koupel – plynová obálka, 2x bylinná koupel s konopím, 1x mechanická masáž Hydrojet, 1x klasická ruční masáž částečná, 1x masáž Relaxace pro unavená záda a nohy, 1x masáž vonnými oleji Berta, 1x peloidokinezioterapie, 1x perličková koupel

Klienti starší 70 let k nástupu přinesou povinné vyšetření s anamnesou od svého praktického či interního lékaře a dále absolvují konzultaci lékařem v lázních, klienti mladší 70 let absolvují v lázních konzultaci s možnou úpravou procedur dle potřeb jejich zdravotního stavu. Naším cílem je maximální bezpečnost podávaných procedur vůči Vašemu aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Anamnesa:

Implantace kardiostimulátoru a podobných přístrojů	ano	ne	
Onkologické onemocnění	ano	ne	v remisi
Varixy	ano	ne	
Kovy v těle (TEP, piercing, po operacích zlomenin apod.)	ano	lokalita:	
Antikoagulancia	ano	ne	

Souhlas praktického či interního lékaře (podpis a razítko):

Souhlasím s pobytem a absolvováním za výše uvedených skutečností **ano** **ne**

Za podmínky: Datum:

Souhlas lázeňského lékaře (podpis a razítko):

Souhlasím s pobytem a absolvováním za výše uvedených skutečností **ano** **ne**

Za podmínky: Datum:

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Název pobytu: Wellness „10“

Výčet procedur vybraného pobytu pro léčení či prevenci: 2x slatinná koupel, 2x suchá uhličitá koupel – plynová obálka, 2x bylinná koupel s konopím, 1x mechanická masáž Hydrojet, 1x klasická ruční masáž částečná, 1x masáž Relaxace pro unavená záda a nohy, 1x masáž vonnými oleji Berta, 1x peloidokinezioterapie, 1x perličková koupel

Prohlašuji, že jsem si vědom rizika, které absolvování zde uvedených procedur může přinést, přesto lékařské vyšetření neabsolvuji.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Datum:
Podpis klienta