Vážení klienti,
vámi vybraný léčebně rehabilitační pobyt zahrnuje vstupní lékařské vyšetření o vhodnosti výběru procedur. Tuto konzultaci můžete absolvovat také u vašeho ošetřujícího praktického nebo odborného lékaře, o čemž na tomto formuláři přinesete potvrzení. Naším cílem je maximální bezpečnost podávaných procedur vůči vašemu aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Jméno a příjmení: ……

Datum narození: ……

Adresa: ……

Název pobytu: Vánoce v Auroře

Výčet procedur vybraného pobytu pro léčení či prevenci: vstupní lékařské vyšetření, 2x slatinná koupel, 1x adventní relaxační koupel, 1x masáž vonnými oleji Aurora, 1x lázeň v řasách Třeboňská Chlorella, 1x klasická masáž částečná, 1x mechanická masáž

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: