

Vážená paní, vážený pane,  
dovolujeme si vás upozornit, že vámi vybraný pobyt **nezahrnuje** vstupní lékařské vyšetření (konzultaci) o vhodnosti procedur. Při příjezdu předložíte pouze vyplněné čestné prohlášení (str. 2). Případné vyšetření můžete absolvovat také u vašeho ošetřujícího praktického nebo odborného lékaře (str. 1) nebo jej můžete absolvovat u našeho lázeňského lékaře za poplatek 500 Kč. Naším cílem je maximální bezpečnost podávaných procedur vůči vašemu aktuálnímu zdravotnímu stavu, proto si Vás dovolujeme upozornit, že platnost tohoto potvrzení je tři měsíce.

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa: .....

**Název pobytu:** Beauty balíček (7 nocí)

**Výčet procedur:** 1x omlazující rituál na lůžku Nuvola, 1x slatinná koupel, 1x klasická masáž částečná, 1x lázeň v řasách Třeboňská Chlorella, 2x ošetření pokožky Icoone (40 minut), 1x koupel v soli z Mrtvého moře, 1x relaxační aromamasáž celotělová, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x peloidokinezioterapie, 1x vířivá lázeň celotělová

---

**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 odborného lékaře** (podpis a razítko):

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

Za podmínky: Datum:

---

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

**Název pobytu:** Beauty balíček (7 nocí)

**Výčet procedur:** 1x omlazující rituál na lůžku Nuvola, 1x slatinná koupel, 1x klasická masáž částečná, 1x lázeň v řasách Třeboňská Chlorella, 2x ošetření pokožky Icoone (40 minut), 1x koupel v soli z Mrtvého moře, 1x relaxační aromamasáž celotělová, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x peloidokinezioterapie, 1x vířivá lázeň celotělová

U většiny procedur dochází k celkovému či lokálnímu prohřátí organismu a může se objevovat zvýšený pocit únavy a ve výjimečných případech krátkodobá nevolnost. Doporučujeme dostatečný přísun tekutin a po procedurách odpočinkový režim. Dbejte pokynů ošetřujícího personálu.

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