

Vážená paní, vážený pane,
vámi vybraný léčebně rehabilitační pobyt zahrnuje vstupní lékařské vyšetření a konzultaci 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, proto si Vás dovoluujeme upozornit, že platnost tohoto potvrzení je tři měsíce.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Název pobytu: Benefity pro zdravotníky 5 dní

Výčet procedur: 1x povinná vstupní lékařská konzultace, 1x slatinná koupel, 1x klasická masáž částečná, 1x lázeň v řasách Třeboňská Chlorella, 1x bylinná koupel s konopím, 1x masáž vonnými oleji Berta

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:

Souhlas lázeňského lékaře (podpis a razítko):

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

Za podmínky: Datum: