

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: Aurora 6

Výčet procedur:

ROK 2025: vstupní zdravotní vyšetření, 1x Aubertina zlatá lázeň, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x bylinná koupel s konopím, 1x peloidokinezioterapie, 1x hloubková konopná masáž dlaní a chodidel, 1x parafín na ruce, 1x mechanická masáž

ROK 2026: vstupní zdravotní vyšetření, 1x Aubertina zlatá lázeň, 1x perličková koupel s bylinkami – hydromasážní vana, 1x bylinná koupel s konopím – hydromasážní vana, 1x peloidokinezioterapie, 1x Aurora – masáž zad a šíje vonným olejem (25 minut), 1x parafín na ruce, 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 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: