

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: Pohoda

Výčet procedur:

ROK 2025: 1x slatinná koupel, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x masáž vonnými oleji Aurora, 1x klasická masáž částečná, 1x suchá uhličitá koupel - plynová obálka

ROK 2026: 1x slatinná koupel, 1x klasická masáž částečná, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x Aurora – masáž zad a šíje vonným olejem (25 minut), 1x suchá uhličitá koupel – plynová obálka

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

Výčet procedur:

ROK 2025: 1x slatinná koupel, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x masáž vonnými oleji Aurora, 1x klasická masáž částečná, 1x suchá uhličitá koupel - plynová obálka

ROK 2026: 1x slatinná koupel, 1x klasická masáž částečná, 1x perličková koupel s bylinkami, 1x Aurora – masáž zad a šíje vonným olejem (25 minut), 1x suchá uhličitá koupel – plynová obálka

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