



Vážená paní, vážený pane,

dovolujeme si Vás upozornit, že k absolvování Vámi vybraných léčebných procedur je nutné absolvovat také povinnou lékařské vyšetření.

Jedná se zejména o následující procedury*: slatinná koupel nebo zábal, lymfodrenáž manuální, lymfodrenáž přístrojová Pneuven, fyzioterapie.

Vyšetření můžete absolvovat u Vašeho praktického nebo odborného lékaře, o čemž přinesete lékařské potvrzení (u klientů ve věku 70 let a výše je lékařské doporučení od praktického nebo odborného lékaře nutné) **nebo** absolvujete lékařské vyšetření u našeho lázeňského lékaře (za poplatek 500 Kč).

LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ OD PRAKTICKÉHO NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE
(u klientů ve věku 70 let a výše je lékařské doporučení k absolvování vybraného léčebně-rekondičního pobytu **NUTNÉ**)

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Bydliště:

může absolvovat shora uvedené léčebné procedury* pro jeho léčení případně prevenci.

- SCHVALUJI a přikládám krátkou anamnézu a základní klinické vyšetření
- NESCHVALUJI

Vdne
Podpis a razítko lékaře

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem si vědom rizika, které absolvování výše uvedených procedur může přinést, přesto lékařské vyšetření neabsolvuji.

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Bydliště:

Datum:.....
Podpis klienta

Tento doklad předložte při převzetí časového rozpisu procedur na sesterně