



Informovaný souhlas s prováděním manuální lymfodrenáže

Já,, nar.....,
tímto potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že manuáln lymfodrenáž se nesmí provádět u klientů s akutním virovým či bakteriálním onemocněním. Kontraindikací jsou také onkologická onemocnění, která nejsou v remisi, počáteční 3 měsíce a riziková těhotenství. Při chronických onemocněních jako jsou: onemocnění cév, vysoký krevní tlak, onemocnění ledvin, jater je třeba souhlas ošetřujícího lékaře s touto terapií.

Potvrzuji, že: (zaškrtněte odpovídající údaj, nehodící se škrtněte)

Netrpím žádným akutním virovým, bakteriálním ani onkologickým onemocněním.

Netrpím žádným výše uvedeným chronickým onemocněním.

Trpím onemocněním
a přikládám souhlas ošetřujícího lékaře s prováděním manuální lymfodrenáže.

V Třebenicích dne
.....

Podpis