



Informovaný souhlas s prováděním těhotenské masáže

Já,, nar.....,
tímto potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že těhotenská masáž se nesmí provádět u klientů s akutním virovým či bakteriálním onemocněním. Kontraindikací jsou také počáteční 3 měsíce těhotenství, riziková těhotenství, potratovost, krvácení, diabetes mellitus a onkologická onemocnění.

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