

Informovaný souhlas s prováděním lymfoterapie

Já níže podepsaný

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

tímto potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že lymfoterapie se nesmí provádět u klientů s akutním **virovým či bakteriálním** onemocněním, u **onkologického** onemocnění a u **těhotných do 14 týdnů**.

U chronických onemocnění cév, hypertenze, onemocnění jater, srdce a ledvin **je potřeba souhlas ošetřujícího lékaře**, který bude přiložen k tomuto souhlasu.

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

- Netrpím žádným akutním virovým, bakteriálním ani onkologickým onemocněním
- Netrpím žádným chronickým onemocněním viz výše
- Mám chronické onemocnění.....
– přikládám souhlas lékaře s provedením lymfodrenáže

V Jesenici/Praze dne.....

.....

podpis

