

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ – přístrojová lymfodrenáž

Příjmení, jméno: .....

Datum narození: .....

Kontaktní telefonní číslo: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Správnou odpověď zakroužkujte. Platnost čestného prohlášení trvá do změny zdravotního stavu klienta.

- |                                                                                                                                |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| - Prodělal/a jsem trombózu a zánět žil dolních končetin.                                                                       | ANO | NE |
| - Trpím na horečnaté stavy.                                                                                                    | ANO | NE |
| - Léčil/a jsem se nebo se léčím s nádorovým onemocněním.                                                                       | ANO | NE |
| - Léčím se s akutním virovým či bakteriálním onemocněním, například angína, chřipka včetně rýmy, opar, erysipelas (tzv. růže). | ANO | NE |
| - Mám srdeční potíže                                                                                                           | ANO | NE |
| - Léčím se se zvýšenou funkcí štítné žlázy.                                                                                    | ANO | NE |
| - Jsem těhotná, v šestinedělí, menstruuji                                                                                      | ANO | NE |
| - Léčím se se zánětlivým onemocněním.                                                                                          | ANO | NE |
| - Trpím na spastickou zácpu a křeče břicha.                                                                                    | ANO | NE |
| - Mám poškození cév a celistvosti kůže na dolních končetinách (křečové žíly, otevřené rány, bércové vředy).                    | ANO | NE |
| - Léčím se se zeleným zákalem očí.                                                                                             | ANO | NE |
| - Léčím se s nekorigovanou hypertenzí.                                                                                         | ANO | NE |
| - Léčím se s akutními stavy, jako je infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, astmatický záchvat, epileptický záchvat.         | ANO | NE |
| - Mám obvod pasu větší než 135 cm                                                                                              | ANO | NE |

Pokud se Váš zdravotní stav výrazně změní, nebo budete nově léčen(a) s uvedenými chorobami v dotazníku, nelze proceduru absolvovat.

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a nezamlčel/a jsem žádné mne známé údaje o mém zdravotním stavu.

Jsem si vědom/a, že mohu svůj zdravotní stav konzultovat s lékařem za poplatek, a to před objednáním procedury.

Ve Slatinicích, dne: .....

Podpis klienta: .....