KARTA KONSULTACYJNA DRENAŻU LIMFATYCZNEGO

Przeciwwskazania do stosowania drenażu limfatycznego:

1. Ostra neuropatia i pleksopatia
2. Ostry obrzęk płuc
3. Ostry uraz tkanek miękkich
4. Ostra zakrzepica żylna
5. Choroby powodujące dekompensację układu sercowo- naczyniowego
6. Padaczka
7. Różyczka
8. Stany gorączkowe
9. Jaskra
10. Niewydolność wątroby lub nerek
11. Choroby zakaźne
12. Rozpoznanie lub podejrzenie zakrzepicy żył głębokich
13. Zapalenie naczyń chłonnych
14. Procesy powodujące niedrożność w obszarach objętych drenażem limfatycznym
15. Osteosynteza lub wymiana stawu w rejonie objętym drenażem
16. Wszczepiony rozrusznik serca
17. Niejasne dolegliwości bólowe w rejonie jamy brzusznej
18. Ciąża
19. Choroby nowotworowe
20. Wiek poniżej 18 lat

**Dane osobowe**

*Imię i nazwisko ........................................................................................................................*

*Adres e-mial: ........................................................................................................................*

*Telefon komórkowy: ........................................................................................................................*

*Data urodzenia: ........................................................................................................................*

Potwierdzam, że zostałem/am wystarczająco poinformowany/a o zasadzie działania, wskazaniach, i skuteczności masażu limfatycznego, a także o cenie, czasie trwania zabiegu,

regularności zabiegów i procedurach postępowania w domu. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższą listą przeciwwskazań, oraz oświadczam, że żadne z nich mnie nie dotyczy. Wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

...........................................................

podpis klienta

**TERMINARZ WIZYT W BIO AKADEMII**

Potwierdzam, że zostałem/am wystarczająco poinformowany/a o zasadzie działania,

wskazaniach, i skuteczności masażu limfatycznego i kriolipolizy, a także o cenie, czasie trwania zabiegu, regularności zabiegów i procedurach postępowania w domu. Oświadczam, iż

zapoznałem/am się z powyższą listą przeciwwskazań, oraz oświadczam, że żadne z nich mnie nie dotyczy. Wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

.............................................................

podpis klienta**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj zabiegu | Miejscowość | Data | Czytelny podpis |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |
|  | Jasień |  |  |