

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA

S provedením lymfatické masáže (poskytované v domácím prostředí klienta)

1. Identifikační údaje

Poskytovatel:

Jméno: Bc. Veronika Růžičková
Název: Fyzioterapie doma
Sídlo: Dubová 967, Veltrusy 277 46
IČO: 21428131

Klient:

Jméno a příjmení: _____
Datum narození: _____
Telefon / E-mail: _____

2. Charakteristika lymfatické masáže

Lymfatická masáž je specializovaná manuální či přístrojová technika, která stimuluje činnost lymfatického systému, napomáhá odtoku přebytečné tekutiny a toxických látek z těla, podporuje regeneraci organismu, posiluje imunitní systém a přispívá ke zmírnění otoků či zlepšení stavu pokožky. **Tato služba je poskytována v domácím prostředí klienta.**

3. Kontraindikace (kdy lymfatickou masáž nelze provést)

Lymfatickou masáž **nelze provést** v případě přítomnosti následujících stavů (absolutní kontraindikace):

- Onkologická onemocnění (probíhající léčba nebo stav bez stabilizace dle vyjádření lékaře).
- Akutní bakteriální nebo virové infekční onemocnění (horečka, nachlazení, záněty).
- Akutní žilní onemocnění (trombóza, záněty žil).
- Onemocnění jater, ledvin a srdeční selhání v pokročilém stadiu.
- Neznámé a nejasné bolesti břicha či akutní stavy v břišní dutině.

Poznámka: V případě chronických onemocnění, těhotenství či užívání léků na ředění krve je nutná předchozí konzultace s ošetřujícím lékařem.

4. Možná rizika a vedlejší účinky

Po provedení lymfatické masáže se mohou dostavit mírné, přechodné reakce organismu, které jsou obvyklou součástí detoxikačního procesu, jako jsou:

- Zvýšená únava nebo ospalost.
- Zvýšená potřeba močení (v důsledku odvodu tekutin).
- Mírná svalová únava či přechodná změna citlivosti ošetřovaných partií.

5. Prohlášení klienta

Prohlašuji, že:

- Jsem byl(a) plně informován(a) o povaze, průběhu, účincích a možných rizicích lymfatické masáže poskytované v domácím prostředí.
- Zatajil(a) jsem / nezatajil(a) jsem žádné závažné informace o svém aktuálním zdravotním stavu.
- Netrpím žádnou z výše uvedených kontraindikací, které by vylučovaly provedení této procedury.
- Všechny mnou poskytnuté údaje o mém zdravotním stavu jsou pravdivé a úplné.
- Souhlasím s provedením lymfatické masáže na vlastní zodpovědnost a v případě jakýchkoliv neobvyklých pocitů během procedury budu okamžitě informovat poskytovatele / terapeuta.

V _____ dne _____

podpis klienta (či zákonného zástupce)