

Vážená paní, vážený pane,  
vámi vybraný léčebně rehabilitační pobyt zahrnuje vstupní lékařské vyšetření a konzultaci o vhodnosti výběru procedur. Tuto konzultaci můžete absolvovat také u vašeho ošetřujícího praktického nebo odborného lékaře, o čemž na tomto formuláři přinesete potvrzení. Naším cílem je maximální bezpečnost podávaných procedur vůči vašemu aktuálnímu zdravotnímu stavu, proto si Vás dovoluujeme upozornit, že platnost tohoto potvrzení je tři měsíce.

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa: .....

**Název pobytu:** Berta special

**Výčet procedur:** vstupní lékařské vyšetření, 2x slatinná koupel, 2x klasická masáž částečná, 1x masáž Relaxace pro unavená záda a nohy, 1x koupel s minerální solí z Mrtvého moře, 1x lázeň v řasách Třeboňská Chlorella, 1x masáž radosti, 1x aromamasáž celotělová s výběrem z aromatických olejů, 1x suchá uhličitá koupel - plynová obálka

---

**Anamnesa:**

Implantace kardiostimulátoru a podobných přístrojů	ano	ne	
Onkologické onemocnění	ano	ne	v remisi
Varixy	ano	ne	
Kovy v těle (TEP, piercing, po operacích zlomenin apod.)	ano	lokalita:	
Antikoagulancia	ano	ne	

---

**Souhlas praktického či odborného lékaře** (podpis a razítko):

Souhlasím s pobytem a absolvováním za výše uvedených skutečností **ano** **ne**

Za podmínky: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

---

**Souhlas lázeňského lékaře** (podpis a razítko):

Souhlasím s pobytem a absolvováním za výše uvedených skutečností **ano** **ne**

Za podmínky: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_