

VSTUPNÍ DOTAZNÍK

KONTAKT

REZÍTKO /PODPIS KVALIFIKOVANÉ A CERTIFIKOVANÉ OSOBY

DLE OSVĚDČENÍ O PROFESNÍ KVALIFIKACI MŠMT 69-037/M/27.112016 EduSpa College

DATUM	
JMÉNO PŘÍJMENÍ	
TELEFON	
MAIL	

ZDRAVOTNÍ STAV /KONTRAINDIKACE

ZAKŘÍŽKUJTE SPRÁVNOU ODPOVĚD

ROK NAROZENÍ				
DRUH ZAMĚSTNÁNÍ				
CÍTÍTE SE ZDRÁV?		ANO	NE	POZNÁMKY
UŽÍVÁTE LÉKY ?		ANO	NE	
TRPÍTE PSYCHICKÝMI PROBLÉMY?		ANO	NE	
JSTE GRAVIDNÍ ?		ANO	NE	
PRODĚLALI JSTE , PRODĚLÁVÁTE V POSLEDNÍM ROCE ?	ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE	*
	ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE	
	INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE	
	ÚRAZ	ANO	NE	
	TRANSPLANTACI	ANO	NE	*
	OPERACI	ANO	NE	*
SOUČASNÝ STAV	VYSOKÝ KREVNÍ TLAK	ANO	NE	*
	NÍZKÝ KREVNÍ TLAK	ANO	NE	*
	KREVNÍ PODLITINY	ANO	NE	
	VÝHŘEZ PLOTÉNKY	ANO	NE	
	KLOUBNÍ NÁHRADA	ANO	NE	*
	KARDIOSTIMULÁTOR	ANO	NE	*
	OSTEOPOROZA	ANO	NE	
	LUPENKA	ANO	NE	
	CUKROVKA	ANO	NE	
	ASTMA	ANO	NE	
	ALERGIE -TYP	ANO	NE	
	REVMA	ANO	NE	*

* VHODNÉ DOPORUČENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE S UPŘESNĚNÍM KONTRAINDIKACE

V PŘÍPADĚ, ŽE DOJDE PŘED DALŠÍ NÁVŠTĚVOU KE ZMĚNĚ ZDRAVOTNÍHO STAVU JE KLIENT POVINEN TUTO ZMĚNU NÁHLÁSIT !

KLIENT SOUHLASÍ S APLIKACÍ MASÁŽNÍCH PŘÍPRAVKŮ A NENÍ NA NĚ ALERGICKÝ

KLIENT BYL SEZNÁMEN S APLIKACÍ ,POSTUPY A TECHNIKOU A SOUHLASÍ S NÍ !!

NUTNÉ REGISTRAČNÍ A DIAGNOSTICKÉ INFORMACE O KLIENTOVI PODLÉHAJÍ OCHRANNĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ DLE ZÁKONA

KLIENT SI POZORNĚ PŘEČETL PROVOZNÍ ŘÁD PROVOZOVNY ,CENÍK SLUŽEB A OBCHODNÍ PODMÍNKY PROVOZOVATELE A SOUHLASÍ S NIMI

DATUM	PODPIS KLIENTA
-------	----------------