

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z wymienionymi poniżej przeciwwskazaniami do masażu lub zabiegu oferowanego przez gabinet Od-Nova.

Jak również zostałem/am poinformowany/a o ewentualnych niepożądanych reakcjach organizmu po masażu lub zabiegu, jak:

bóle głowy, zawroty głowy, osłabienie, nasilenie dolegliwości bólowych.

.....

Imię i nazwisko

.....

Data, podpis

PRZECIWSKAZANIA DO MASAŻU LUB ZABIEGU OFEROWANEGO PRZEZ GABINET OD-NOVA

- ✓ Gorączka powyżej 38 C°
- ✓ Choroby o podłożu bakteryjnym, wirusowym, grzybiczym
- ✓ Wszelkie stany zapalne – w okresie ostrym choroby
- ✓ Ciąża
- ✓ Menstruacja
- ✓ Krwawienie, krwotoki lub możliwość ich wystąpienia
- ✓ Miażdżyca
- ✓ Żylaki
- ✓ Wczesny stan pozawałowy
- ✓ Zakrzepowe zapalenie żył
- ✓ Nielezione nadciśnienie tętnicze
- ✓ Choroby zakaźne
- ✓ Zmiany nowotworowe (do 5 lat)
- ✓ Tętniaki
- ✓ Zaawansowana osteoporoza
- ✓ Ostre stany zapalne (RZS, ZZSK, SM w okresach nasilenia)
- ✓ Świeże urazy, złamania
- ✓ Wczesny stan po operacji – świeże blizny (dotyczy masaży)
- ✓ Zmiany dermatologiczne
- ✓ Przerwanie ciągłości skóry (rany na skórze)
- ✓ Epilepsja
- ✓ Klaustrofobia
- ✓ Choroba wrzodowa żołądka dwunastnicy
- ✓ Żółtaczka
- ✓ Nieleczona cukrzyca