

1/ Ja niżej podpisany/na.....

pesel.....data..... oświadczam, że jestem osobą całkowicie zdrową, korzystam z zabiegów masażu świadomie i odpowiedzialnie. W ciągu ostatnich 2 lat nie przebywałem/łam żadnych zabiegów operacyjnych, nie byłem/łam uczestnikiem wypadku, nie biorę żadnych leków, **nie jestem w ciąży**, nie jestem pod wpływem alkoholu. Nie choruję na:

- Gruźlica
- Stany zapalne ostre (zapalenia płuc, oskrzeli)
- Choroby zakaźne
- Zmiany nowotworowe
- Astma
- Pęknięcie wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy
- Zapalenie trzustki
- Wirusowe zapalenie wątroby
- Zapalenie pęcherzyka żółciowego
- Stany zapalne dróg żółciowych
- Zapalenie wyrostka robaczkowego
- Zapalenia otrzewnej
- Schorzenia o podłożu pasożytniczym
- Stan po przebytych zawale serca
- Zaawansowana miażdżyca naczyń wieńcowych
- Świeże stany zapalne zastawek i serca
- Niewyrównane wady serca
- Nadciśnienie
- Choroby naczyń obwodowych
- Skaza naczyniowa
- Zaawansowana miażdżyca naczyń obwodowych
- Żylaki
- Zakrzepowe zapalenie żył
- Choroba Burgera
- Choroba Raynauda
- Nerczyca
- Ostre zapalenia pęcherza moczowego
- Ostre zapalenie moczowodu
- Kamica nerkowa
- Świeży zrost
- Zaawansowana osteoporoza
- Ostre stany zapalne
- Zapalenie opon mózgowych
- Krwiaki ,tętniaki, naczylniaki
- Jamistość rdzenia
- Zapalenie szpiku
- Epilepsja
- Ostre stany zapalne nerwów obwodowych
- Żadne inne choroby oraz problemy zdrowotne i psychiczne

2/LUB Oświadczam, że swój stan zdrowia skonsultowałem/łam z lekarzem, który wyraził zgodę na zabiegi masażu

Podpis lekarza.....pieczętka lekarza.....

data.....