Przeciwwskazania:

1. Podwyższona temperatura
2. Choroby zakaźne i pasożytnicze
3. Ostre stany zapalne
4. Krwotoki
5. Choroby skóry
6. III i IV stadium choroby Burgera
7. Jamistość rdzenia
8. Zapalenie szpiku kostnego z przetokami
9. Łamliwość kości
10. Wczesne stany po urazach kości, mięśni, powięzi ścięgien
11. Zapalenie żył, zakrzepy, obrzęki i żylaki w miejscu zabiegu
12. Miażdżyca
13. Niewyrównane wady serca
14. Tętniaki, krwiaki, naczyniaki
15. Stan po laminektomii i operacyjnej korekcji skoliozy
16. Menstruacja
17. Zmiany nowotworowe (5-letni okres remisji)
18. Ciąża (pierwsze trzy miesiące, ciąża zagrożona, cukrzyca ciążowa, nadciśnienie tętnicze, anemia, stan przedrzucawkowy, choroby nerek i wątroby)
19. Zaawansowana osteoporoza
20. Dolegliwości z ubytkami neurologicznymi oraz choroby dróg piramidowych i móżdżku
21. Hemofilia
22. Postępujący znaik mięśni
23. Inne niejasne dolegliwości

**Dane osobowe**

Imię i nazwisko ...........................................................................................................................

Telefon komórkowy: ...........................................................................................................................

Data urodzenia ...........................................................................................................................

Potwierdzam, że zostałem/am wystarczająco poinformowany/a o zasadzie działania, wskazaniach, i skuteczności masażu limfatycznego, a także o cenie, czasie trwania zabiegu, regularności zabiegów i procedurach postępowania w domu. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższą listą przeciwwskazań, oraz oświadczam, że żadne z nich mnie nie dotyczy. Wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

.............................................................

podpis klienta