

Informovaný souhlas s poskytnutím lymfodrenáže (manuální i přístrojové)

Jméno a příjmení pacienta.....

Rodné číslo.....

Bydliště.....

Kontraindikace lymfodrenáže:

- srdeční selhání, plicní otok
- infekce (zvláště bakteriální, chřipka, angína atd.)
- ledvinové selhání
- nedoléčené zhoubné onemocnění, vzplanutí zhoubného onemocnění
- zvýšená funkce štítné žlázy
- některé typy srdečních arytmií
- nejasné bolesti břicha
- těžká arterioskleróza
- otoky způsobené onemocněním jater a plic
- akutní zánětlivá onemocnění kůže a podkoží (erysipel, vyrážka..)
- akutní zánětlivé změny na žilním systému
- nestabilní vysoký tlak
- očkování v posledních 5 dnech
- rizikové těhotenství (v případě normálního průběhu těhotenství neošetřovat oblast břicha)

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást zdravotnickému pracovníkovi doplňující otázky k výše uvedenému výkonu a moje dotazy byly zodpovězeny. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s výše uvedenými okolnostmi, vysvětlení výkonu jsem porozuměl/a, a s provedením uvedeného výkonu souhlasím.

V Praze dne:

.....
Podpis pacienta/zákonného zástupce