

## KARTA PACJENTA (URZĄDZENIE FLOATINGOWE)

Imię i Nazwisko: .....

Nr tel: .....

*Oświadczam że zostałem/zostałam powiadomiony o przeciwwskazaniach zdrowotnych, ryzyku, wykluczeniach i działaniach ubocznych do przeprowadzania zabiegów w urządzeniach floatingowych i z pełną świadomością akceptuję je a tym samym nie będę rościł/rościła żadnych pretensji.*

*Zostałam/zostałem poinformowany o zasadach bezpiecznego korzystania z zabiegu floatingu oraz oświadczam, że będę ich przestrzegał/przestrzegała*

### **Przeciwwskazania:**

- Epilepsja
- Niskie ciśnienie tętnicze krwi
- Menstruacja
- Zakaz korzystania bezpośrednio po zabiegu depilacji, po goleniu
- Ciężkie depresje lub psychozy (leczone psychiatrycznie)
- I trymestr ciąży
- Zakrzepica
- Zapalenie ucha
- Rany otwarte, uszkodzenia skóry, owrzodzenia skóry, podrażnienia i infekcje
- Spożycie alkoholu i innych środków odurzających
- Osoby niepełnoletnie za zgodą rodziców
- Wszczepiony rozrusznik serca
- Nowotwory złośliwe skóry

Data, miejscowość

Podpis pacjenta

.....

.....