

## Formulář indikací k provedení lymfatické masáže

Jméno, Příjmení:

Datum narození:

Telefon, E-mail:

Adresa:

### PRODĚLANÉ CHOROBY, PŘEDCHOZÍ ONEMOCNĚNÍ

#### Onemocnění srdce

- Infarkt myokardu
- Kardiostimulátor
- Ischemická choroba srdeční
- Angína pectoris
- Hypertenze
- Stavby po zápalu plic
- Srdeční operace

#### Onemocnění zažívání, střev

- Vředová choroba žaludku, dvacterníku
- Zánět žlučníku
- Operace žlučníku
- Zánět slinivky břišní
- Zánět tlustého střeva
- Hemeroidy
- Crohnova choroba
- Ulcerózní kolitida

#### Onemocnění krve

- AIDS
- Anémie
- Leukémie
- Žloutenka typu A, B
- Onemocnění lymfatického systému
- Ošetření krvácivých znamének (kdy byla operována)

#### Onemocnění cév

- Trombóza
- Flebotrombóza
- Tromboflebitis

#### Onemocnění urologické

- Zánět močových cest
- Zánět ledvin
- Ledvinové kameny

#### Onemocnění gynekologické

- Zánět dělohy
- Zánět vaječníku
- Myomy dělohy
- Cysty vaječníku

#### Nádorová onemocnění

- Operace, ozáření – kdy:
- Zánět konečníku, chemoterapie, kdy –

#### Ostatní

- Osteoporóza
- Alergie
- Diabetes
- Štítná žláza – hyperfunkce (souhlas lékaře)  
- Hypofunkce
- Sudeckův syndrom
- Sarkoidóza
- TBC
- Ab (protilátky)

#### Další

**NEZATAJIL(A) JSEM VĚDOMĚ ŽÁDNÉ CHOROBY, EV. PŘÍZNAKY**

Podpis :