Provozovatel terapie PandoraStar:

Petra Kocábková

Adresa:

IČ:     DIČ:CZ

a

Já níže podepsaný/á

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

činím

**Čestné prohlášení o zdravotní a jiné způsobilosti k terapii na přístroji PandoraStar:**

\* Čestně prohlašuji, že jsem plnoletý/plnoletá, svéprávný/svéprávná, duševně zdravý/zdravá a ve svém jednání svobodný/svobodná. Činím tímto při plných smyslech, dokonale informován/informována a po zralém uvážení všechna následující prohlášení.

\* Terapii podstupuji na základě své svobodné vůle a na vlastní žádost a jsem si vědom/a všech zdravotních rizik a komplikací z terapie vyplývajících. Prohlašuji, že jsem pro terapii na přístroji PandoraStar způsobilý/á, a že terapii absolvuji na své vlastní riziko.

\* Netrpím žádnou formou psychického onemocnění a nikdy jsem nebyl/nebyla pro taková onemocnění léčen/léčena. Prohlašuji, že zároveň nejsem v žádném ambulantním psychiatrickém léčení a netrpím fobií neslučitelnou s terapií. Zároveň netrpím žádnou jinou nemocí, která by mne omezovala při terapii na přístroji PandoraStar.

\* Nejsem závislý/závislá na alkoholu, drogách, psychofarmakách, ani jiných psychiku ovlivňujících látkách. Poslední měsíc jsem nebyl/nebyla ošetřena laserem. Nikdy jsem neprodělal/neprodělala epileptický záchvat. Neabsoloval jsem žádný chirurgický zákrok mozku a neprodělal jsem mozkovou mrtvici. Nikdy jsem netrpěl/netrpěla  schizofrenií, psychózou a maniodepresivní psychózou. Neužívám žádné fotosenzitivní léky. Neprodělal jsem mrtvici ani srdeční infarkt. Posledních 24 hodin jsem nepožil žádný alkohol, kofein ani žádné drogy a psychedelika.

\* Nemám žádné infekční onemocnění. Nejsem ve vyšším stupni těhotenství než ve 3 měsíci a nejsem rizikově těhotná.

\* Prostudoval/prostudovala jsem si internetové stránky provozovatele. Všechny podmínky i okolnosti terapie mi byly podrobně vysvětleny a mé dotazy zcela zodpovězeny při vstupním pohovoru.

\* Pro terapii jsem se rozhodl/rozhodla zcela svobodně.

\* Zavazuji se ukončit, nebo přerušit terapii PandoraStar, anebo alespoň informovat personál okamžitě, jakmile zaznamenám jakákoli fyzická nebo duševní negativa nebo pokud se pro mne terapie stane jakkoli nekomfortní.

\* Souhlasím s tím, že personál je oprávněn mou terapii ukončit, kdykoli zjistí, že obsah tohoto prohlášení není pravdivý, úplný, nebo není z mé strany plněn. Souhlasím s tím, že stejné oprávnění přísluší personálu za situace, kdy okolnosti (zdravotní, přírodní, společenské, technické) zapříčiní, že má terapie přestane být bezpečná a pro mne přínosná.

\* Jsem si vědom/a, že při terapii PandoraStar mohou vzniknout jakékoliv nečekané události. V případě nežádoucích zdravotních následků a/nebo poškození se zavazuji, že po provozovateli terapie PandoraStar nebudu uplatňovat žádné nároky a žádat finanční či jinou kompenzaci.

\* Vše, co jsem prohlásil/prohlásila je pravdivé a úplné a provozovateli terapie PandoraStar jsem nic nezamlčel. Vše, co jsem se zavázal/zavázala konat nebo nekonat, bezezbytku dodržím. Beru na vědomí, že to je podmínkou bezpečného, ale i příjemného a přínosného průběhu terapie PandoraStar, pro který jsem se rozhodl/rozhodla.

Svým podpisem stvrzuji pravdivost výše uvedených údajů.

Kontaktní jméno a telefon osoby při vaší případné nevolnosti či pohotovosti:..............................................

V ........................... dne ……………..……

Podpis:…………………………………………