

ŽÁDANKA NA GYNEKOLOGICKÉ OŠETŘENÍ

K léčebné laserové proceduře V-Lase
K neinvazivnímu ošetření sliznic v intimní oblasti.

Prosím o potvrzení,

že paní datum narození
má v normě buněčnou cytologii (PAP test), fyziologickou floru (negativní stěry na
vaginální a cervikální infekci), gynekologický stav v rámci běžných limitů.

Potvrzení prosím vydejte otiskem Vašeho razítka (Jméno ošetřujícího gynekologa +
datum).

Razítko nesmí být starší více než 14 dnů před zákrokem.

Vyplní lékař:

.....

Datum

.....

Razítko lékaře

Vyplní klient:

Svým podpisem stvrzuji, že mě v současné době netrápí zánět močového měchýře ani
pochvy a nepociťuji žádné příznaky nemoci a neléčím se pro nádorové onemocnění.

Vyplňte prosím v den vyšetření na naší klinice.

.....

Datum

.....

Podpis