

Приложение No 1 к Публичной оферте на оказание услуг

Список противопоказаний

ред. от 14.05.2024

Оказывать услугу категорически нельзя	Инфекционные заболевания, температура тела 37 и выше, кровотечения и нарушения свертываемости крови (частые носовые, кишечные, маточные, язва желудка со склонностью к кровотечению), болезни крови, гнойные заболевания кожи, артериальная гипертензия: 160/100 и выше, артериальная гипотония: 80/60 и ниже, острые аллергические реакции, кишечные расстройства, почечная, печеночная, легочная, сердечная недостаточности, сифилис, аневризма, гангрена, активные формы туберкулеза, трофические язвы, воспаленные лимфатические узлы, тромбозы и тромбофлебиты, алкогольное/наркотическое опьянение, 1 триместр беременности (с 1 по 13 неделю включительно) 14 дней с момента экстирпации зуба, 30 дней с момента малоинвазивных операций, 30 дней с момента естественных родов, 60 дней с момента операции кесарево сечение.
Локальные противопоказания	Варикозное расширение вен 2 степени и выше, экзема, акне, грибковые заболевания кожи, доброкачественные новообразования, повреждения кожного покрова, эндометриоз, грыжа межпозвонкового диска в острый период, период менструаций у женщин (исключается работа с поясицей, животом и бедрами).
Требуется консультация врача (может потребоваться справка)	Онкология, наличие металлоконструкций в теле и инородных предметов (крепежи, штифты, искусственные суставы, грудные имплантаты, кардиостимуляторы), мочекаменная болезнь, желчекаменная болезнь, склонность к повышенному артериальному давлению, склонность к пониженному давлению, эпилепсия, аутоиммунные заболевания (рассеянный склероз, системная красная волчанка, тиреоидит, псориаз и пр.), аномалии развития опорно-двигательного аппарата, врожденные пороки развития внутренних органов, сахарный диабет, привычные вывихи суставов, установленная спираль/кольцо у женщин, гинекологические заболевания (полипы, кисты, миомы, эрозии), послеоперационный период, постинсультный период, заболевания сердечно-сосудистой системы, атеросклероз с окклюзией сосудов свыше 20%, наличие травм, наличие любого другого хронического заболевания в стадии обострения.

***при наличии противопоказаний ИП Клымышина вправе отказать в оказании услуг.**

****при наличии у Заказчика аллергической реакции на масло / крем, иные косметические средства, применяемые в ходе процедур по разминанию, Заказчику необходимо заблаговременно уведомить мастера до начала процедуры**

Также я подтверждаю, что принимаю на себя ответственность за наступление любых неблагоприятных последствий неисполнения или несвоевременного исполнения обязанности по уведомлению о противопоказаниях, включая ухудшение состояния здоровья, а также подтверждаю, что проинформирован о возможном наступлении не ухудшающих состояние здоровья кратковременных побочных эффектов от оказания услуг (единичные покраснения, гематомы, болезненное ощущение в частях (областях) тела, которые были задействованы при проведении физкультурно-оздоровительных разминаний, чувства сонливости и усталости, ломота в теле, головная боль, петехиальные кровоизлияния).

- Я соглашаюсь с условиями Оферты;
- Я предоставляю согласие на хранение и обработку персональных данных в соответствии с политикой, размещенной на Сайте, а также условиями настоящей Оферты;
- Я подтверждаю, что проинформирован(а) о следующих противопоказаниях* к оказанию услуг и обязуюсь сообщить об их наличии** представителю ИП Клымышиной и (или) мастеру, непосредственно оказывающему услугу, до начала оказания услуг.

1. Я,

(ФИО)

_____. _____. _____ года рождения _____ (подпись)

« ____ » _____ года