

# ŽÁDANKA NA GYNEKOLOGICKÉ OŠETŘENÍ



K léčebné laserové proceduře **IncontiLase** a **IntimaLase** Erbiovým laserem  
Fotona k neinvazivnímu ošetření sliznic v intimní oblasti.

Prosím o potvrzení,

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

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

Razítko nesmí být starší více než 14 dní před zákrokem.

vyplní lékař

datum

razítko lékaře

vyplní klient

Svým podpisem stvrzuji, že mne 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.

datum

podpis

poznámky