**Противопоказания для тренинга с аппаратом “x body”**

  **Абсолютные противопоказания**

**-Электростимуляцию в любой форме нельзя производить, если есть одно из абсолютных противопоказаний**.

**- Артеросклероз в прогрессирующей стадии, нарушения артериального кровообращения**

**- Кровотечения, сильная склонность к кровотечениям (гемофилия)**

**- Сахарный диабет**

**- Заболевания, сопровождаемые высокой температурой, острые бактериальные или вирусные процессы**

**- Реакция кожи (несовместимость)**

**-Стимуляторы сердца**

**- Тяжёлые неврологические заболевания:**

***рассеянный склероз****,* ***амиотрофный латеральный склероз****,* ***спастический***

***спинальный паралич, болезнь Паркинсона (Morbus Parkinson), судороги и эпилепсии***

**- Туберкулёз**

**- Опухоли**

**- Беременность**

**- Непереносимость лактозы**

**- Металлические пластины, замененные суставы**

**- Относительные противопоказания**

**- Острый артрит**

**- Острая невралгия**

**- Большое скопление жидкости в организме**

**- Лимфатические отёки**

 **-Открытые повреждения кожи, кожные экземы**

**- Прогрессирующая мышечная дистрофия**

**- Менструации**

**- Солнечные ожоги, ожоги**

**- Тромбоз, тромбофлебит**

**- Варикоз**

**- Пожилой возраст**

**- Повышенное давление**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**С вышеизложенной информацией ознакомлен(на) и подтверждаю, что никаких противопоказаний, изложенных выше, у меня нет. В случае возникновения или обострения болезни из вышеуказанного списка ограничений, Я не буду иметь претензий к администрации Центра Персонального Тренинга. Даю согласие на использование персональных данных.**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись номер тел. электронная почта

**Учёт оплаты**