

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych zastosowania metody ESG. Zapoznałem/am się z informacjami dla pacjenta dotyczącymi zabiegu endoskopowej gastroplastyki rękawowej oraz udzielono mi odpowiedzi na moje wszystkie pytania. Ponadto oświadczam, że jestem świadomy/a faktu, iż efekt zabiegu jest kwestią indywidualną oraz uzależniony jest od stosowania się do zaleceń dietetyka i stosowania diety 600 – 1200 kalorii (w zależności od poszczególnych etapów postępowania po zabiegu). Mam również pełną świadomość faktu, iż żołądek jest organem elastycznym i może ulec rozciągnięciu w wyniku przejadania się oraz nie stosowania diety, co tym samym doprowadzi do zniwelowania efektu zabiegu. Jednocześnie oświadczam, że mam świadomość konieczności modyfikacji trybu życia.

.....
(data, miejsce oraz czytelny podpis pacjenta)