

## Informovaný souhlas s endoskopickým vyšetřením

---

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Typ endoskopického vyšetření:

**Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky.**

1. Pacient (zákonný zástupce) souhlasí s provedením endoskopického vyšetření trávicího ústrojí lékařem Gastroenterologie s.r.o. v Hradci Králové v dohodnutém diagnostickém a léčebném rozsahu.
2. Endoskopické vyšetření bude provedeno podle uznávaných pravidel lékařského umění. Pacientovi (zákonnému zástupci) bylo vysvětleno, že v důsledku možných objektivních skutečností nemůže lékař vždy zajistit jistý diagnostický a léčebný výsledek.
3. Pacient (zákonný zástupce) potvrzuje, že byl poučen o přínosech a o možném riziku endoskopického vyšetření (vzácně krvácení, poranění stěny trávicí trubice, zánětlivá komplikace apod.).
4. Pacient (zákonný zástupce) souhlasí s případnou změnou (rozšířením) standardního diagnostického a léčebného postupu v důsledku skutečností zjištěných v průběhu endoskopického vyšetření.
5. Pacient (zákonný zástupce) souhlasí s okamžitým řešením případných závažných stavů nebo komplikací vzniklých v průběhu endoskopického vyšetření.
6. Při známkách komplikací po provedeném endoskopickém vyšetření (silná nevolnost, slabost, zrychlený tep, bolesti břicha, zvracení, teploty, krvácení z konečníku, černá stolice, zvracení krve ap.) se pacient či jeho zákoný zástupce může obrátit na lékaře na telefonním čísle 495 522 093, event. mobilní telefon 721 405 317.

.....  
podpis lékaře

.....  
podpis pacienta  
(zákonného zástupce)

.....  
datum