



GASTROENTEROLOGIE s.r.o.  
Mánesova 646, 500 02 Hradec Králové,  
tel. 495 522 093, 721 405 317

## Informovaný souhlas s endoskopickým zavedením žaludečního balónku (BIB)

---

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

- Klient(ka) souhlasí s provedením gastrokopického vyšetření a následného zavedení balónku do žaludku (BIB) z indikace snížení tělesné hmotnosti.
- Gastrokopické vyšetření bude provedeno podle uznávaných pravidel lékařského umění a pacientovi bylo vysvětleno, že mu nemůže být dána záruka ohledně počtu kilogramů, o které může zhubnout, protože je zodpovědný(á) sám(a) za sebe v dodržování dietních opatřeních.
- Klient(ka) souhlasí s tím, že balónek musí být odstraněn nejdéle za 6 měsíců po jeho zavedení.
- Klient(ka) je informován(a) o všech možných vedlejších účincích jako jsou:
  - pocit nevolnosti, tlaky břicha a zvracení, které mohou trvat i déle než týden.
  - riziko spontánního vyprázdnění balónku s následnou neprůchodností trávicí trubice, zhoršení kvality vlasů, suchá pokožka, lámavost nehtů a zácpa v průběhu hubnutí

Při komplikacích (slabost, bolest břicha, teplota, černá stolice, zvracení krve, modré zbarvení moči) se pacient může obrátit na na tel. +420 495 522 093 nebo +420 721 405 317, e- mail: gastro@gastroenterologie-hk.cz nebo na lékaře v místě bydliště k vyšetření.

*Pouze pro ženy:*

*Klientka je dobře informována o tom, že antikoncepční pilulky nejsou spolehlivou metodou proti otěhotnění až do dvou týdnů po ukončení pocitu potřeby zvracení.*

Klient(ka) prohlašuje, že plně porozuměl(a) poučení lékaře a s tímto poučením souhlasí a podepisuje tento souhlas před rozhodnutím zavést balónek do žaludku.

.....  
podpis lékaře

.....  
podpis pacienta  
(zákonného zástupce)

.....  
datum