

Engagement volontaire

Je soussigné(e)

Certifie avoir pris connaissance et compris les informations concernant l'indication, les modalités pratiques, les complications potentielles ainsi que les recommandations suite à la réalisation de l'examen de l'endoscopie digestive.

Avant l'examen, j'ai eu l'occasion de pouvoir en discuter librement avec mon médecin / gastroentérologue / anesthésiste.

Lu et approuvé,

Date :

Signature :