



## Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e),

..... (nom, prénom), né(e) le : ..... / ..... / .....

Certifie qu'il a été convenu que

Je sois prochainement admis.e pour la pose d'un ballon intra-gastrique Allurion® sous radiographie.

J'ai été informé.e :

- Du prix de l'intervention.
- De la nature et du but de l'acte technique.
- Des précautions alimentaires et médicamenteuses à prendre.
- Des contre-indications, effets secondaires, réactions indésirables, symptômes d'alarmes et complications possibles.
- Que le ballon ne peut me fournir une garantie absolue d'amaigrissement significatif.
- Qu'une intolérance au ballon est possible avec retrait précoce au cabinet ou en urgence à l'hôpital.
- Que l'incapacité à avaler la gélule entraînera une reprogrammation de la pose sous anesthésie générale et fera l'objet d'une nouvelle note d'honoraires.
- Qu'aucun montant ne sera remboursé malgré l'incapacité à avaler la gélule sous anesthésie générale.
- Des conditions d'intervention de la Garantie Allurion® Assurance Plus.
- Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que l'acte technique prévu soit réalisé.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

.....

Signature du/de la patient.e

.....

Signature du médecin

**Dr Ariane Gerkens**

**for.med**

A Rue Middelbourg 78  
1170 Bruxelles

INAMI 1-88252-25-650

**Drs Gerkens - Choppin SRL**

A Clos des Chênes, 92  
1170 Bruxelles

BCE BE0 839 394 547

E consult@arianegerkens.com

IBAN BE06 0689 1039 3022

www.for-med.be

www.arianegerkens.com