

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Da compilare in ogni sua parte

Io sottoscritto/a **DISPONENTE**

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ nr _____ Cap _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

- presto il consenso all'invio della copia della DAT alla banca dati nazionale
 non presto il consenso all'invio della copia della DAT alla banca dati nazionale

Se il disponente non presta il consenso all'invio della DAT alla banca dati nazionale è obbligatorio indicare l'indirizzo di reperibilità della stessa:

INDIRIZZO REPERIBILITA' _____

CAP _____ TELEFONO _____

- presto il consenso alla notifica tramite mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT
 non presto il consenso alla notifica tramite mail dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT

Io sottoscritto/a **FIDUCIARIO**

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ nr _____ Cap _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

- Accetta il trattamento dei dati

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

CONSENSO INFORMATO

1. Non Voglio Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile;
 2. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
 3. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone
-
-

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
2. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
3. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

1. Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
2. In caso di arresto cardiorespiratorio sia non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta (nelle situazioni sopra descritte) possibile dai curanti.
3. Voglio Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
4. Voglio Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
5. Voglio Non voglio essere dializzato.
6. Voglio Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
7. Voglio Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
8. Voglio Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il signor

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ nr _____ Cap _____

ASSISTENZA RELIGIOSA

1. Desidero Non desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione

2. Desidero Non desidero un funerale.

3. Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.

4. Desidero un funerale non religioso.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1. Autorizzo Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.

2. Autorizzo Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici

3. Dispongo che il mio corpo sia cremato/inumato.

Firma del dichiarante

La presente volontà potrà essere da me revocata o modificata in ogni momento con successiva dichiarazione

Il fiduciario sottoscrive per accettazione della nomina.

Letoanni li _____

Firma del dichiarante

Firma del fiduciario

Documento d'identità allegato del dichiarante

n. _____ del _____

rilasciato da _____

Documento d'identità allegato del fiduciario

n. _____ del _____

rilasciato da _____