

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI ("Testamento Biologico")

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ residente a _____ (prov. _____)
in Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

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. nel caso decidessi di **non** essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e decidere in mia vece il/la Sig./Sig.ra:

_____ nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ residente a _____ (prov. _____)
in Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

3. voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie;
4. 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 le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la 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 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 continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile 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 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 ed 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*) considerata irreversibile dai medici, 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 ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita;
2. non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica;
3. non voglio essere idratato o nutrito artificialmente;
4. altre disposizioni particolari:
-
-
-

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 carte, il/la Sig./Sig.ra

_____ nato/a a _____ (prov. _____)

il _____ residente a _____ (prov. _____)

in Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il/la Sig./Sig.ra:

_____ nato/a a _____ (prov. _____)

il _____ residente a _____ (prov. _____)

in Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine dell'attuazione della mia volontà e dell'inserimento nel Registro dei Testamenti Biologici gestito dal Comune di Morcone.

IL DICHIARANTE:

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

(luogo) (data)

In fede

IL FIDUCIARIO:

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

(luogo) (data)

In fede

IL FIDUCIARIO SUPPLENTE:

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

(luogo) (data)

In fede
