

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

("Testamento Biologico")

Io sottoscritto _____ nato a _____ (prov. _____)
il _____, residente a _____ (prov. _____)
in via/piazza _____ n° _____
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

- ☐ 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.
- ☐ 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 Signore/a:

_____ nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ residente a _____ (prov. _____)
in via/piazza _____ n° _____
indirizzo _____

- ☐ Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- ☐ 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:

- ☐ 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.
- ☐ 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
- ☐ 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 dichiarazione, il Signor

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____)

in via/piazza _____ n° _____ tel/cell. _ Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il signor

_____ email: _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il signor

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____)

in via/piazza _____ n° _____ tel/cell. _____

email: _____

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 Monchio delle Corti

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
