

Dichiarazioni di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

- Testamento biologico -

Io sottoscritto/a _____ nato/a in _____ (____)
il ____ / ____ / _____, e residente a _____ (____)
in Via - C.da _____ n° _____

visti

- l'art. 32 della Costituzione Italiana (*"Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"*);
- la legge 22/12/2017 n°219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";
- l'art. 9 della Convenzione sui Diritti dell'Uomo e sulla Biomedicina, stipulata ad Oviedo il 04 Aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n°145 del 28/03/2001,

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona in merito dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso in cui dovessi necessitare di cure mediche

Consenso informato

non voglio voglio essere informato/a sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattie gravi e non guaribili

Nel caso in cui decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato ed a decidere in mia vece

Il/La Sig. / Sig.ra _____ nato/a in _____ (____)
il ____ / ____ / _____, e residente a _____ (____)
in Via - C.da _____ n° _____

disposizioni generali

- In caso di perdita delle capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari **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 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 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.

disposizioni particolari

- qualora io fossi affetto da una malattia allo stadio terminale, oppure da una malattia o lesione cerebrale totalmente invalidante ed irreversibile od ancora se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanenti)
- e qualora tale situazione clinica, secondo il giudizio dei medici, venisse ritenuta irreversibile

siano non siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, compreso l'uso di farmaci oppiacei, anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

non voglio che siano intraprese nei miei confronti misure di prolungamento artificiale della vita se, secondo la migliore scienza e conoscenza medica, è constatato che tali misure dilazionino solamente la mia morte.

voglio essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazioni meccaniche anche invasive

voglio non voglio essere idratato/a o nutrito/a artificialmente

- altre direttive _____

Resta inteso che le mie volontà sopra espresse nelle disposizioni generali e particolari potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con una successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Qualora dovessi perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ed ai fini della designazione di un Amministratore di Sostegno ai sensi dell'art. 408 c.c., ovvero dell'indicazione del Tutore, ed in ogni caso per ogni effetto di legge

designo come mio fiduciario/a

Il/La Sig. / Sig.ra _____ nato/a in _____ (___)

il ____ / ____ / _____, e residente a _____ (___)

in Via - C.da _____ n° _____

Il/La quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

Firma

Qualora questi fosse impossibilitato ad esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo/a

Il/La Sig. / Sig.ra _____ nato/a in _____ (___)

il ____ / ____ / _____, e residente a _____ (___)

in Via - C.da _____ n° _____

Il/La quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

Firma

La persona delegata dovrà prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie relative al mio trattamento medico.

Di conseguenza dovrà tener conto soprattutto della mia volontà e delle aspettative che ho qui lasciato per iscritto.

Potrà prendere in visione la mia cartella clinica ed autorizzare la sua consegna a terzi.

A questo fine sciolgo dal segreto professionale, nei confronti della persona da me delegata, chiunque sia tenuto al medesimo.

Queste mie volontà saranno depositate in originale

presso _____

In fede _____

Ai sensi dell'art.13 D.lgs 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletate nel mio interesse

Firma _____

Marsala, lì

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 28/12/2000 n°445 la presente dichiarazione viene sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità dei sottoscrittori.