

Testamento biologico
DAT – Disposizioni anticipate di trattamento
Art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 219

Il/la sottoscritta			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

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

- VOGLIO essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
- NON VOGLIO essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
- VOGLIO essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.
- NON VOGLIO essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

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 a decidere in mia vece il Sig./la Sig.ra:

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Autorizzo, inoltre, 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 ai trattamenti sanitari, disposizioni che perderanno validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti terapeutici:

- 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 anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità 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 anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità 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 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 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) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

- 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.
- 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.
- NON VOGLIO che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva.
- VOGLIO essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva.
- NON VOGLIO essere idratato/a o nutrito/a artificialmente.

DICHIARO INOLTRE DI:

- autorizzare** **non autorizzare** la donazione dei miei organi per fini di trapianto
 volere **non volere** l'assistenza religiosa al momento della morte
 volere **non volere** un funerale religioso
 volere **non volere** essere cremato/a
 volere **non volere** donare il mio corpo e/o i miei tessuti per fini di ricerca

scientifica, formazione e studio, secondo quanto previsto dalla legge 10 febbraio 2020 n. 10 “Norme in materia di disposizioni del proprio corpo e dei tessuti post-mortem a fini di studio, formazione e di ricerca scientifica” e dal DPR 10 febbraio 2023, n. 47 “Regolamento recante norme in materia di disposizioni del proprio corpo e dei tessuti post-mortem a fini di studio, formazione e di ricerca scientifica”.

- ALTRE disposizioni personali

--

Nomina del Fiduciario/a

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie disposizioni, nomino mio rappresentante fiduciario/a che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il Sig./la Sig.ra:

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a

Data _____

Firma del disponente _____

Firma per accettazione del fiduciario/a _____

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

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono		Indirizzo mail	

Il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a sostitutivo/a

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario/a sostitutivo _____

Data _____

Firma del disponente _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003

Data _____

Firma del disponente _____

Allegare copia dei documenti di identità del disponente e del/i fiduciario/i