

TESTAMENTO BIOLOGICO

Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario

nome _____ cognome _____

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ / _____ e-mail _____

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

INFORMAZIONE

Voglio **NON voglio**

essere informata/o sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita nel caso in cui fossi affetta/o da una malattia inguaribile.

Voglio **NON voglio**

essere informata/o sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

Autorizzo i medici curanti ad informare la seguente persona (campo facoltativo):

nome _____ cognome _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ / _____ e-mail _____

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita permanente della capacità di decidere o nel caso di incapacità di comunicare permanentemente le mie volontà ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari (che in ogni momento posso decidere di annullare o sostituire)

Voglio **NON voglio**

che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero

Voglio **NON voglio**

che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero

Voglio **NON voglio**

che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di paralisi permanente con incapacità totale di comunicare

TESTAMENTO BIOLOGICO

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In caso di perdita permanente della capacità di decidere o nel caso di incapacità di comunicare permanentemente le mie volontà ai medici, qualora io avessi una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione o se fossi in uno stato permanente di incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerato irreversibile

Voglio **NON voglio**

che siano intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative 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

Voglio **NON voglio**

che mi sia praticata la rianimazione cardiopolmonare, se ritenuta possibile dai curanti, in caso di arresto cardiorespiratorio

Voglio **NON voglio**

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica

Voglio **NON voglio**

essere idratata/o o nutrita/o artificialmente

Voglio **NON voglio**

essere dializzata/o

Voglio **NON voglio**

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza

Voglio **NON voglio**

che mi siano praticate trasfusioni di sangue

Voglio **NON voglio**

che mi siano somministrate terapie antibiotiche

FIDUCIARIO

Qualora io perdessi permanentemente la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, indico, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 408 C.C., come mia/o rappresentante fiduciaria/o (campo facoltativo):

nome _____ cognome _____

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ / _____ e-mail _____

che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta (campo facoltativo):

TESTAMENTO BIOLOGICO

Nel caso in cui la/il mia/o rappresentante fiduciaria/o sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirla/o in questo compito (campo facoltativo):

nome _____ cognome _____
 nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____
 residente a _____ prov. _____
 in via _____ n. _____ CAP _____
 tel. _____ / _____ e-mail _____

DISPOSIZIONI POST-MORTEM

- Autorizzo** **Non autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.
- Autorizzo** **Non autorizzo** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
- Dispongo che il mio corpo sia **inumato** **cremato**.

ASSISTENZA RELIGIOSA

- Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: _____
- Non desidero assistenza religiosa.
- Desidero Non desidero un funerale.
- Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
- Desidero un funerale non religioso.

LA/IL DICHIARANTE

documento di riconoscimento _____ nr. _____
 rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____
 luogo _____ data _____
 (firma leggibile) _____

per accettazione

LA/IL FIDUCIARIA/O

documento di riconoscimento _____ nr. _____
 rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____
 luogo _____ data _____
 (firma leggibile) _____