

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

(AI SENSI DELLA Legge 219/2017)

Io sottoscritto/a

Nata/o.....il.....

Residente a.....in Via.....n.....

Carta di identità n.....Codice Fiscale.....

Intendo esercitare il diritto di scegliere le cure che potranno o meno essermi fatte anche qualora perdessi la capacità di decidere o di comunicare, e, consapevole del fatto che potrebbero presentarsi situazioni complesse non prevedibili in anticipo

NOMINO MIA/O FIDUCIARIA/O

La/il Signora/e

Nata/o.....il.....

Residente a.....in Via.....n.....

Carta di identità n.....Codice Fiscale.....

Recapiti telefonici.....

Indirizzo mail.....

Che riceve copia della presente e **si impegna a rappresentarmi nelle relazioni con il/i medico/i e con le strutture sanitarie e a sostituirsi a me nelle decisioni che mi riguardano secondo quanto previsto dall'art. 4 della Legge 219/2017.**

Firma di accettazione della/del Fiduciaria/o

Nel pieno possesso delle mie facoltà di intendere e di volere, in totale libertà di scelta e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte formulo inoltre le seguenti

DISPOSIZIONI GENERALI

Chiedo la sospensione di tutti i trattamenti medici qualora non fossero in grado di recuperarmi a una vita cosciente e di relazione

Chiedo che la sospensione delle terapie sia seguita dal ricorso alle Cure Palliative ed alla Sedazione Palliativa Profonda Continua.

A conferma delle succitate Disposizioni Generali esprimo le seguenti

CONSIDERAZIONI PERSONALI

Esempio: “ Ho raggiunto già una venerabile età per cui potrei dirmi sazia di anni anche perché ho avuto la fortuna di vivere una vita intensa e ricca di affetti. Pur amando la vita e riconoscendone l’inestimabile valore ritengo che sarebbe un vero male per me e per le persone a me più care, dare giorni alla mia vita in situazioni di forte disabilità: tetraplegica, paraplegica, sorda e muta, cieca.

Disposizioni queste che potranno da me essere revocate, modificate, in qualunque momento, secondo quanto previsto dall’art. 4 della Legge 219/2017.

Data..... Firma.....

