

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a Verona, via n. Cap
tel e 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 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

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/la signor/ra

nato/a a il
residente a prov
via n. cap.....
tel

- Voglio Non 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 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 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 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 o stato di minima coscienza) considerata irreversibile dai medici, dispongo che:

- Siano Non siano
intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci sedativi)
- 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 o nutrito artificialmente
- Non voglio essere sottoposto a trattamenti dialitici

Altre disposizioni personali:

.....

Nomina Fiduciario e Fiduciario sostitutivo

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 carta, il/la signor/ra

.....

nato/a a il

residente a prov

via n.cap.....

tel

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a
- di avere preso visione dell'informativa del Comune di Verona relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito www.comune.verona.it e disponibile allo sportello e dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionale delle DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Data _____ Firma per accettazione del fiduciario/a _____

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

.....

nato/a a il

residente a prov

via n.cap.....

tel

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a sostitutivo
- di avere preso visione dell'informativa del Comune di Verona relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito www.comune.verona.it e disponibile allo sportello e dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Data _____ Firma per accettazione del fiduciario/a sostitutivo _____

Il sottoscritto disponente dichiara di avere preso visione dell'informativa del Comune di Verona relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito www.comune.verona.it e disponibile allo sportello e dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT, pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Data _____ Firma del/la disponente _____

Allegare fotocopia del documento di identità del fiduciario/i