

Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a nome* _____ cognome* _____
nato/a a* _____ il* _____ residente a Imola in via/piazza*
_____ n.* _____ Cod. Fiscale* _____ documento di
identità* n° _____ - Tel.* _____;

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

Non voglio 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 _____
_____ via _____ n. _____ - tel _____

- 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) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

- Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a 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 o nutrito artificialmente.

Altre disposizioni personali:

.....

.....

.....

Banca Dati Nazionale

*dichiaro di aver letto *l'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 istituzionale del Comune di Imola

*consento all'invio della copia della mia Dat alla Banca Dati Nazionale

*non consento all'invio della copia della mia Dat alla Banca Dati Nazionale

Indirizzo di reperibilità della Dat:

Telefono _____

*consento alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale DAT all'indirizzo mail _____

Nomina Fiduciario

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* _____ via* _____

_____ n.* _____ - Codice Fiscale* _____

tel. _____ - email _____

il/la quale dichiara:

- di accettare la presente nomina a fiduciario/a;

- di aver letto *l'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 istituzionale del Comune di Imola

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Data _____ **Firma per accettazione del fiduciario/a*** _____

Data _____ **Firma del/la disponente** _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Data _____ **Firma del/la disponente** _____

- **Allegare copia dei documenti di identità del disponente e del fiduciario**