

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 alla fine della mia vita.

CHI DEV'ESSERE INFORMATO DEL MIO STATO

☐ **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/le seguenti persone (campo facoltativo):

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

e il mio fiduciario:

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 (volontà che in ogni momento posso decidere di annullare o sostituire)

- ☐ **Voglio** che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di paralisi permanente, con incapacità di comunicare con i medici
- ☐ **NON voglio** che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di paralisi permanente, con incapacità di comunicare con i medici
- ☐ **Voglio** che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato d'incoscienza permanente non suscettibile di recupero
- ☐ **NON voglio** che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato d'incoscienza permanente non suscettibile di recupero
- ☐ **Voglio** che siano iniziati o continuati trattamenti il cui risultato atteso è il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero
- ☐ **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** mantenere la mia lucidità mentale, ma senza dolore fisico
- ☐ **NON voglio** mantenere la mia lucidità mentale, in ogni caso

DA COMPILARE E FIRMARE IN OGNI PAGINA

(firma leggibile)_



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

TESTAMENTO BIOLOGICO PER LA FASE TERMINALE DELLA MIA VITA

**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** 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
- ☐ **NON voglio** che siano intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei)
- ☐ **Voglio** che mi sia praticata la rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiorespiratorio, se ritenuta possibile o opportuna dai curanti
- ☐ **NON voglio** che mi sia praticata la rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiorespiratorio, anche qualora essa sia ritenuta possibile o opportuna dai curanti
- ☐ **Voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- ☐ **NON voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- ☐ **Voglio** essere idratato/a o nutrito/a artificialmente
- ☐ **NON voglio** essere idratato/a o nutrito/a artificialmente
- ☐ **Voglio** essere dializzato/a
- ☐ **NON voglio** essere dializzato/a
- ☐ **Voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- ☐ **NON voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- ☐ **NON voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza, *a meno che essi non abbiano un valore palliativo cambiando in meglio la qualità della vita residua*



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

- ☐ **Voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- ☐ **NON voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- ☐ **NON voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue, *a meno che esse non abbiano un valore palliativo, cambiando in meglio la qualità della vita residua*

- ☐ **Voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche
- ☐ **NON voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche
- ☐ **NON voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche, *a meno che esse non abbiano un valore palliativo cambiando in meglio la qualità della vita residua*

- ☐ **Voglio** che mi siano somministrate chemio o radioterapie
- ☐ **NON voglio** che mi siano somministrate chemio o radioterapie
- ☐ **NON voglio** che mi siano somministrate chemio o radioterapie, *a meno che esse non abbiano un valore palliativo cambiando in meglio la qualità della vita residua.*

(firma leggibile)_



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

ALTRE DISPOSIZIONI

ASSISTENZA RELIGIOSA, SPIRITUALE, LAICA

- ☐ Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: _____
- ☐ Non desidero alcuna assistenza
- ☐ Desidero un'assistenza laica, a cura di: (indicare persona o associazione, verificando prima con gli interessati che questo sia possibile per loro) _____
- ☐ Desidero assistenza spirituale a cura di (indicare persona o associazione, verificando prima con gli interessati che questo sia possibile per loro) _____

Dove voglio morire:

nel limite della preservazione della qualità della mia vita residua, desidero morire

- ☐ a casa mia
- ☐ in un hospice
- ☐ altro (indicare dove) _____

Chi voglio avere accanto nell'istante della mia dipartita:

- ☐ tutta la mia famiglia;
- ☐ qualora le regole del luogo della mia morte permettessero la presenza di poche persone, desidero che queste siano:

(specificare nome, tel, ecc per poterle avvisare)

- ☐ il mio consigliere spirituale, nella persona di (o associazione). _____
- ☐ altri: _____

Chi desidero NON avere accanto nell'istante della mia dipartita:

- ☐ _____
- ☐ _____
(specificare nome, tel, ecc per poterli avvisare)

Cosa intendo per morte:

- ☐ la morte clinica



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

- ☐ l'abbandono del corpo da parte della coscienza, anche diversi gg dopo la morte clinica, contrassegnato dai "segni certi di morte": comparsa del *rigor mortis*, dell'*algor mortis* in modo uniforme, comparsa dei primi segni di putrefazione.

In conseguenza di cosa intendo per morte,

☐ **autorizzo**

☐ **non autorizzo**

la chiusura della bara **prima dello scadere dei tre giorni e mezzo** dalla morte clinica.

☐ **autorizzo**

☐ **non autorizzo**

lo spostamento e l'uso del mio corpo prima del comparire dei segni certi di morte: *rigor mortis*, *algor mortis* e i primi segni di putrefazione

☐ **autorizzo**

☐ **non autorizzo**

la donazione dei miei organi per trapianti

☐ **autorizzo**

☐ **autorizzo,**

solo dopo il manifestarsi di segni certi di morte: *rigor mortis*, *algor mortis* e i primi segni di putrefazione

☐ **non autorizzo**

la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

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 nel presente documento.



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

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:

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 nel presente documento.

(firma leggibile) _____



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

DISPOSIZIONI POST-MORTEM

Consapevole che

- le DAT riguardano disposizioni per quando sono ancora in vita e non garantiscono che le mie disposizioni post mortem siano rispettate,
- che esplicitarle in questa sede non invalida in alcun modo il contenuto delle DAT, desidero allegarle al presente modulo al mero scopo di semplificare il compito dei miei esecutori, tra cui anche la o le persone che fungono da mio portavoce per le DAT:

Dispongo che il mio corpo sia

- ☐ **inumato** (specificare dove: se in un loculo o in terra, se in una tomba di famiglia, e in quale cimitero) ☐
- ☐ **cremato**,
- ☐ con consegna dell'urna ai parenti, per essere conservata in casa (verificare accordo dei parenti, e indicare il nome dell'affidatario dell'urna)

- ☐ con dispersione delle ceneri in natura (specificare in quale comune e luogo, verificando localmente che questo sia consentito e con quali regolamenti)
• _____
- ☐ con dispersione delle ceneri in luogo appositamente predisposto dai servizi cimiteriali comunali.
- ☐ **Cremato e inumato**, con l'uso di urna biodegradabile, qualora la mia Regione e / o il mio Comune consentano l'uso di urne del genere, equiparandolo alla dispersione delle ceneri in terra.

Quanto alla cremazione, sono a tal fine consapevole che un documento computerizzato come questo, sebbene da me firmato a mano, non costituisce garanzia che le mie volontà in materia siano eseguite. Perché questo avvenga, allego alla presente:

- ☐ iscrizione alla SOCREM di _____ (città) o, in alternativa,
- ☐ testamento olografo, ossia completamente manoscritto da me, e da me firmato.

FIGLI MINORENNI

Qualora io fossi, nel momento dell'avvicinarsi della morte, il solo genitore superstite di un figlio minorenni, informo con la presente di aver depositato presso _____ un testamento olografo in cui, con l'accordo degli interessati, ho indicato il nome di un tutore per i miei figli / per mio figlio.



ANIMALI DOMESTICI

Al momento ho i seguenti animali domestici:

Se i miei animali dovessero sopravvivermi, siano affidati alle cure di:

FUNERALI e RITO FUNEBRE

- ☐ Desidero un funerale
- ☐ Non desidero un funerale
- ☐ Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata, ossia:

☐ Desidero un funerale non religioso

☐ Desidero un rito di commiato:

- nel seguente luogo: _____
- con la seguente musica: _____
- con un discorso da me preparato, consegnato a _____
e letto da _____
- altre indicazioni: _____

(firma leggibile)_



TONGLEN ODV non ha altro modo di sostentarsi e di sostenere la formazione di nuovi volontari se non attraverso la vostra generosità. Il vostro 5x1000 o altre donazioni sono davvero essenziali. Trovate sul nostro sito le info per sostenerci. Grazie!

FIRME

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) _____

per accettazione

IL /LA SECONDO/A FIDUCIARIO/A

documento di riconoscimento _____ nr. _____

rilasciato da _____ il ____/____/____

luogo _____ data ____/____/____

(firma leggibile) _____

(firma leggibile) _____

