

Disposizione del paziente

Ogni persona capace di discernimento ha il diritto di redigere una disposizione del paziente. Le consigliamo di consegnare una copia della disposizione al suo medico di famiglia, alle sue persone di fiducia e nel caso che lei abiti in un ricovero, alla direzione del ricovero. Inoltre raccomandiamo che porti con sé nel suo portamonete un documento con informazioni sull'esistenza e il luogo dove viene conservata la disposizione del paziente e della/e persona/e che la rappresenta/no. Nella disposizione del paziente deve figurare la data in cui è stata redatta e la firma della relativa persona. Si consiglia di datare e firmare nuovamente la disposizione del paziente ogni paio di anni. Nel caso che intenda modificare la disposizione, questa andrebbe redatta di nuovo per intero.

Io,, nato/a il, a
 cittadino/a di, residente a

con piena capacità di discernimento dichiaro che, se a causa di malattia o infortunio dovessi diventare incapace di discernere, senza poter esprimere più la mia volontà, valgono le disposizioni elencate di seguito.

In caso di incidente o di un'improvvisa malattia grave devono venire informate le persone seguenti:

1. Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Telefono: E-Mail:
2. Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Telefono: E-Mail:
3. Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Telefono: E-Mail:

Segreto medico

Esonero tutti i medici ed infermieri che mi curano dal segreto professionale e li autorizzo ad informare in modo esaustivo le seguenti persone sul mio stato di salute e sull'intera cura.

1. Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Data di nascita: Tel.: Cellulare:.....
2. Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Data di nascita: Tel.: Cellulare:.....
3. Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Data di nascita: Tel.: Cellulare:.....

Rappresentante

In caso di una mia incapacità di discernimento, autorizzo a parlare con i medici sui provvedimenti medici e a decidere per me la persona seguente:

Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Data di nascita: Telefono:

Se il/la rappresentante non è raggiungibile o per qualche motivo non può adempiere questo compito, designo la seguente persona sostitutiva:

Cognome, nome:..... Indirizzo:
 Data di nascita: Telefono:

