

**DISPOSIZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (DAT)**

Il/La sottoscritto/a

Cognome .....Nome.....

Codice Fiscale: .....

Nato/a ..... il .....

Residente in ..... CAP ..... Prov.....

Via/P.zza..... n .....

Documento di identità ..... n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico: .....e-mail:.....

ESSENDO ATTUALMENTE IN PIENO POSSESSO DELLA MIA CAPACITÀ DECISIONALE, IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA E AVENDO AVUTO ADEGUATE INFORMAZIONI MEDICHE, DISPONGO QUANTO SEGUE IN MERITO ALLE DECISIONI DA ASSUMERE QUALORA, IN FUTURO, MI ACCADESSE DI PERDERE, ANCHE TEMPORANEAMENTE, LA CAPACITÀ DI DECIDERE O DI COMUNICARE LE MIE DECISIONI

CONSAPEVOLE ACCETTO CHE IL MIO RIFIUTO DI DETERMINATI TRATTAMENTI POSSA COMPORTARE COME ESITO LA MORTE

Dispongo che i medici curanti informino sulle mie condizioni di salute le seguenti persone:

1. Nominativo.....Cell.....

2. Nominativo .....Cell .....

**DISPOSIZIONI GENERALI**

IN CASO DI MALATTIA O LESIONE TRAUMATICA CEREBRALE CHE DETERMINI UNA PERDITA DI COSCIENZA DEFINIBILE COME PERSISTENTE E IRREVERSIBILE:

Voglio  Non voglio essere sottoposto ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

oppure

Voglio  Non voglio che siano proseguiti i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

IN CASO DI PROGNOSE INFAUSTA A BREVE TERMINE O DI IMMINEZZA DI MORTE:

Voglio  Non voglio l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo delle sofferenze refrattarie

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

---

---

---

---

---

LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON SUCCESSIVA DICHIARAZIONE.

Luogo e data .....

Firma del sottoscrittore.....

Documento di identità..... n. ....