

**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 Caprino Veronese, 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 ..... email .....

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

**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 e di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali

Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione del fiduciario/a \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_ Firma del/la disponente \_\_\_\_\_