

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Unità Operativa di Riabilitazione – Residenza Anni Azzurri Mirasole

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), conosciute anche come testamento biologico, permettono a ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere di esprimere in anticipo le proprie volontà sui trattamenti sanitari, nel caso in cui in futuro non fosse più in grado di comunicarle.

Chi può presentare le DAT presso la struttura sanitaria?

I pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Riabilitazione della Residenza Anni Azzurri Mirasole o presi in carico attraverso i percorsi ambulatoriali, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Come fare?

1. Compila il modulo DAT che trovi nelle pagine seguenti.
2. Consegna il modulo di persona presso la struttura, con un documento d'identità valido.

La presentazione delle DAT è gratuita.

Prima di firmare, chiedi alla struttura l'informativa sul trattamento dei dati personali: il modulo DAT richiede infatti di dichiararne la presa visione.

Se non sei in carico all'Unità Operativa di Riabilitazione, puoi depositare le DAT presso l'Ufficio di Stato Civile del tuo Comune di residenza o presso un notaio.

Per informazioni o appuntamenti

Contatta il centralino della Residenza Anni Azzurri Mirasole
Via Paolo Borsellino 6 – 20090 Noverasco di Opera (MI)
Tel. 02 576911 – residenzamirasole@anniazzurri.it

MODULI CONTENUTI IN QUESTO DOCUMENTO

Unità Operativa di Riabilitazione – Residenza Anni Azzurri Mirasole

Modulo	Quando usarlo	Pag.
Disposizioni Anticipate di Trattamento	Per esprimere le tue volontà sui trattamenti sanitari.	3
Nomina del fiduciario	Per indicare la persona di fiducia che ti rappresenterà nei rapporti con medici e struttura.	5
Accettazione del fiduciario	Da far compilare e firmare alla persona che hai nominato: la nomina ha effetto solo se viene accettata.	6
Revoca del fiduciario	Per ritirare l'incarico al fiduciario nominato.	7
Rinuncia all'incarico di fiduciario	Per il fiduciario che non intende più svolgere l'incarico.	8
Revoca DAT	Per annullare DAT già presentate.	9

I moduli sono predisposti da Regione Lombardia e non sono obbligatori: servono a facilitare la compilazione.

Le DAT possono essere modificate o revocate in qualsiasi momento, con le stesse modalità con cui sono state presentate.

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) – L. 219/2017

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____ Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo 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 _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico _____

2. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico _____

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 PROGNOSI INFAUSTA A BREVE TERMINE O DI IMMINENZA 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.

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*
- presa visione informativa*
- consenso alla trasmissione delle DAT alla Banca Dati Nazionale
- consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

NOMINO QUALE MIO FIDUCIARIO/A AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA LEGGE N. 219/2017

Il/la Sig./Sig.ra
(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____
Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

ACCETTAZIONE DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

ACCETTO

l'incarico di fiduciario per il/la Sig./Sig.ra
(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

*obbligatori

Luogo, data _____
Firma del fiduciario (per esteso e leggibile) _____

REVOCA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

l'incarico di fiduciario al/alla Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____
Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RINUNCIO

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig.ra:

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatoria**

Luogo, data _____
Firma (per esteso e leggibile) _____

REVOCA DAT

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____ Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

la DAT da me rilasciata in data _____ codice univoco DAT

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____