

Direttive del paziente

Questa scheda può essere utilizzata come modulo.
Conservare le direttive in modo che siano facilmente reperibili se necessario. Una copia può essere consegnata al medico curante.

Dati personali

Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Data di nascita	Attinenza

Dopo un incidente o in caso di grave malattia improvvisa avvisare subito (in ordine di priorità)

1 Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Telefono/Cellulare	Data di nascita

2 Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Telefono/Cellulare	Data di nascita

3 Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Telefono/Cellulare	Data di nascita

Per il caso in cui, a seguito di un incidente o di una grave malattia, io non sia più in grado di esprimere la mia volontà, nel pieno possesso delle mie facoltà mentali dispongo quanto segue.

1. Obbligo di riservatezza medico

Sollevo tutti i miei medici curanti dal segreto professionale e li autorizzo a fornire informazioni dettagliate sulla mia situazione medica generale alle seguenti persone

Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Telefono/Cellulare	Data di nascita

I medici non sono autorizzati a fornire informazioni alle seguenti persone

Cognome	Nome
Via / N.	NPA / Luogo
Telefono / Cellulare	Data di nascita

2. Persona di fiducia

Dispongo che la seguente persona riceva informazioni sull'andamento delle cure e sia coinvolta nelle decisioni riguardanti i trattamenti medici successivi. Questa persona è autorizzata a decidere al mio posto

Cognome	Nome
Via / N.	NPA / Luogo
Telefono / Cellulare	Data di nascita

Nel caso in cui la persona di fiducia non sia reperibile o decida per altri motivi di non accettare l'incarico, nomino il seguente sostituto

Cognome	Nome
Via / N.	NPA / Luogo
Telefono / Cellulare	Data di nascita

Le seguenti persone sono autorizzate a prendere visione, dopo la mia morte, della documentazione medica e del referto dell'autopsia

Cognome	Nome
Via / N.	NPA / Luogo
Telefono / Cellulare	Data di nascita

Cognome	Nome
Via / N.	NPA / Luogo
Telefono / Cellulare	Data di nascita

L'autorizzazione è limitata ai documenti relativi alla causa del decesso.

Sì No

Autorizzo la visione dei documenti solo in caso di punti controversi in ordine al decesso o al testamento (capacità di testare).

Sì No

3. Trattamenti medici

In caso di lesione cerebrale permanente, stato di incoscienza valutato con alta probabilità come irreversibile o deterioramento di altre importanti funzioni corporali desidero

che vengano intraprese misure di rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio o respiratorio	Sì	No
che venga fatto ricorso alla nutrizione o all'idratazione artificiale	Sì	No
che venga praticata la respirazione artificiale	Sì	No
Dispongo che le cure mediche abbiano lo scopo di alleviare nel migliore modo possibile i miei dolori e le mie sofferenze, anche quando questo dovesse accorciare di conseguenza la durata della mia vita.	Sì	No

4. Accompagnamento di fine vita

Qualora non morissi in maniera inattesa e improvvisa ma avessi il tempo di congedarmi dai miei cari, desidero essere accompagnato/a in questo percorso.

Le seguenti persone si sono dichiarate disposte a farlo

Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Telefono/Cellulare	Data di nascita
Cognome	Nome
Via/N.	NPA/Luogo
Telefono/Cellulare	Data di nascita

Desidero essere accompagnato/a da una guida spirituale della mia confessione, che è la seguente:

Rinuncio espressamente al sostegno di un/una assistente religioso/a in prossimità della mia morte.

5. Donazione di organi e autopsia

In caso di decesso desidero donare i miei organi e autorizzo l'espianto di qualsiasi organo a fini di trapianto.

Acconsento a donare solo i seguenti organi a fini di trapianto

Non acconsento a donare i miei organi a fini di trapianto.

Acconsento a mettere il mio corpo a disposizione della ricerca medica dopo il decesso.

Non acconsento a mettere il mio corpo a disposizione della ricerca medica dopo il decesso.

6. Dove desidero morire

Se possibile, e se i miei familiari e amici/amiche lo riterranno opportuno, desidero morire a casa e non in un'istituzione pubblica (ospedale, casa di cura o di riposo o simili).

Le cure mediche e l'assistenza professionale sono importanti per me, per cui desidero il trasferimento in ospedale o in una casa di cura.

Luogo e data	Firma
--------------	-------

Le informazioni contenute nel presente documento si basano sulla legislazione svizzera aggiornata al 1° gennaio 2023. Sono fatte salve eventuali modifiche di legge. Allianz Suisse non fornisce alcuna garanzia sulla correttezza e sulla completezza delle informazioni qui riportate. Il presente documento è da intendersi unicamente come esempio di organizzazione dei contenuti e non può sostituire in alcun modo le indicazioni fornite dalle autorità competenti o la consulenza di un esperto.

Allianz Suisse

Tel. +41 58 358 71 11
 Fax +41 58 358 40 42
 contact@allianz.ch

ALLIANZ.CH

allianzsuisse   