

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

Nome/cognome

Indirizzo

Data di nascita

Attinenza

DOPO UN INCIDENTE O UNA GRAVE MALATTIA IMPROVVISA AVVISARE SUBITO

(nome, cognome, indirizzo, contatti telefonici e data di nascita; in ordine di priorità)

1 _____

2 _____

3 _____

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:

(nome, cognome, indirizzo, numero di telefono e data di nascita)

I medici non sono autorizzati a fornire informazioni alle seguenti persone:

(nome, cognome, indirizzo, contatti telefonici e 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:

(nome, cognome, indirizzo, numero di telefono e 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:

(nome, cognome, indirizzo, contatti telefonici e data di nascita)

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 in questo percorso. Le seguenti persone mi hanno assicurato questo servizio:

(nome, cognome, indirizzo, contatti telefonici e data di nascita)

La mia confessione è la seguente

_____ e desidero il sostegno di un assistente spirituale della mia confessione.

Rinuncio espressamente al sostegno di un assistente religioso 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.

Sono pronto a donare solo i seguenti organi a fini di trapianto:

Non sono pronto a donare i miei organi a fini di trapianto.

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

Non sono pronto 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 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 essere portato in ospedale o in una casa di cura.

Luogo, data, firma

Le informazioni contenute nel presente documento si basano sulla legislazione svizzera aggiornata al 1° gennaio 2018. 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
www.allianz.ch



Seguitemi su:
allianzsuisse