

A

.....
.....
.....
.....

Disposizione del paziente

Cognome

Nome

Data di nascita

Indirizzo domicilio

Al momento della stesura di queste disposizioni del paziente dichiaro di essere in pieno possesso delle mie facoltà in merito alle mie volontà espresse con la presente.

Attestato da

Medico specialista

Luogo e data

Firma
Medico specialista

Dichiaro di essere informato in modo sufficiente in merito alle misure sanitarie in uso nella psichiatria, per poter redigere le mie qui seguenti volontà. Questo deve valere anche nel caso in cui altre persone o io stesso ritenessimo insufficiente lo stato delle mie conoscenze, sulle cui basi ho redatto le mie volontà.

Inoltre dichiaro di essere consapevole delle eventuali conseguenze della mia volontà qui pronunciata, (come per esempio degenza ospedaliera prolungata in seguito a rifiuto dei neurolettici o dell'elettroterapia), e le accetto.

La mia qui espressa volontà vale anche come mia presumibile volontà nel caso di un eventuale perdita della capacità di giudizio oppure inabilità.

Dichiaro che per i seguenti trattamenti manca il mio consenso:

-
-
-

Dovessero ciononostante simili trattamenti o misure sanitarie aver luogo, mi riservo di prendere dei provvedimenti legali.

Con i seguenti trattamenti e/o misure sanitarie mi dichiaro d'accordo:

-
-
-

Un mio eventuale rifiuto di cibo e liquidi è anche da rispettare fino ad un peso corporeo di ... kg.

Tuttavia esami medici essenziali come misurazione del peso, prelievo di sangue ecc. sono autorizzati. Se li dovessi rifiutare questi,

- possono essere messi in atto solo con misure sanitarie con le quali mi sono dichiarato d'accordo in questa dichiarazione del paziente;
-
-

Modifiche da parte mia di questa dichiarazione del paziente possono solo avvenire per iscritto e necessitano inoltre della conferma della persona di fiducia qui di seguito elencata la quale confermi, che la modifica corrisponde ad una mia volontà liberamente espressa.

Come persona di mia fiducia nomino nella seguente successione:

1.
2.
3.

Con questa mia conferisco alla persona di mia fiducia la procura e l'incarico di far valere la mia qui dichiarata volontà, emanare ulteriori dichiarazioni giuridicamente valide e prendere decisioni al mio posto di fronte a persone incaricate, come per esempio il personale ospedaliero.

Luogo e data

Firma

Copia di questa dichiarazione del paziente
va a:

.....
.....
.....