

Documento Disposizione Ordinanza



- per la donazione di organi e l'autopsia
- per la forma della sepoltura
- per la disposizione del paziente

ATTENZIONE:

Le mie disposizioni in caso di morte o di una eventuale riduzione della mia capacità di giudizio si trovano in _____

e/o da _____

Tutto quello che ha valore, io l'ho firmato in piena capacità di giudizio.
Tutto quello che io escludo, l'ho per giunta cancellato.

Nome e Cognome

Data di nascita

Strada e Numero

CAP/Luogo

Luogo di residenza e Cittadinanza

In caso di emergenza per favore fare pervenire il presente documento:

☐ al mio medico curante o al mio medico di domicilio ed _____

☐ alla mia persona di fiducia _____

Donazione di organi, necropsopia e forma della sepoltura

In caso di morte

Nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e nella mia illimitata capacità di giudizio, depongo qui le mie volontà nel caso che io mi venga malauguratamente a trovare in una situazione nella quale non sarò più in grado di prendere una decisione o di rilasciare un comunicato.

Forma della sepoltura: lo esigo

- ☐ un sotterramento _____
- ☐ una cremazione (un'incenerimento) _____

(Confermare l'opzione scelta con la firma, cancellare l'opzione respinta)

Donazione di organi:

- ☐ I seguenti organi mi possono essere estratti:

- ☐ Non mi può essere estratto nessun'organo.

(Confermare l'opzione scelta con la firma, cancellare l'opzione respinta)

Necropsopia/Autopsia:

- ☐ Dopo l'accertamento clinico della mia morte, io sono pronto a mettere a disposizione il mio corpo in favore della ricerca medica (necropsopia/autopsia).
- ☐ Io non desidero espressamente alcuna necropsopia/autopsia.

(Confermare l'opzione scelta con la firma, cancellare l'opzione respinta)

Luogo, data

Firma

Testimoni _____

Per le mie ordinanze dettagliate vedere la pagina precedente.

Disposizione del paziente

In caso di disturbo della salute

- 1) Se un grave disturbo della mia salute non dovesse portarmi immediatamente alla morte, sarei grato per la presa di provvedimenti medici sensati i quali, secondo scienza e coscienza, portino ad un miglioramento del mio stato ed ad un'attenuamento di eventuali dolori.
- 2) Se però le mie più elementari funzioni vitali dovessero essere danneggiate in modo tale che con una probabilità che rasenta la certezza un miglioramento ad uno stato umanamente dignitoso è da escludere e lo stato attuale mi portasse di per se irrimediabilmente ed irreversibilmente alla morte, io desidero che tutte le misure eccezionali di medicina intensiva effettuate al fine di allungarmi la vita vengano cessate.
- 3) Il medico curante dovrà a priori porre in discussione le sue decisioni con dei colleghi specializzati ed esperti in materia, nonché perfettamente consci delle loro responsabilità nei miei confronti, e con le seguenti persone da me in anticipo prescelte. Per poter fare tutto ciò, io lo dispenso dal suo segreto professionale inquanto medico.

Nome, indirizzo, luogo, telefono

- 4) Io chiedo al mio medico di somministrarmi delle sostanze palliative con lo scopo di mantenere sopportabili i dolori insieme ad un mantenimento il più possibile intatto della mia disponibilità mentale.
- 5) Io desidero un'assistenza religiosa.
La mia religione è la seguente: _____
Per favore avvertire le persone seguenti: _____
- 6) Io ringrazio i medici curanti, il personale para-medico e tutti i partecipanti per tutto l'aiuto che mi danno al fine di una morte rispettosa della dignità umana.
- 7) Note personali: _____

Data

Firma

Una copia di queste disposizioni/ordinanze si trova da (persona di fiducia/congiunti):

Cognome

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

Da avvertire urgentemente in caso di emergenza/morte:

Cognome

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

Io autorizzo ad agire in mio nome per vedere realizzate le mie disposizioni:

Cognome

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

1)

2)

Luogo/data

Firma

Testimoni

Rinnovo di certe mie volontà espresse e stabilite in precedenza:

Luogo/data

Firma

Associazione Svizzera per l' Aiuto alla Vita ASAV, Casella postale 245,

4016 Basel Tel. 061 691 72 13 Fax 061 683 81 44

IMPORTANTE: Portare questo documento sempre con se!