

Testamento biologico

Io, sottoscritta/o _____, nata/o a _____,
il _____, indirizzo: _____, Comune _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e capacità decisionali e dopo profonda riflessione chiedo che siano considerate come espressione della mia volontà le seguenti disposizioni:

se dovesse verificarsi una situazione in cui non dovessi essere in grado di esprimere la mia volontà per motivi di malattia o di infortunio, voglio che nel luogo dove dovrò essere curata/o si rinunci a misure e a terapie intensive che prolungano la vita, nel caso dovessi soffrire di una delle seguenti malattie:

1. una malattia progressiva e non curabile del cervello che comporta una conseguente progressiva e provata debolezza mentale (demenza);
2. uno stato di coma profondo e durevole accompagnato da attività respiratoria e cardiaca (stato vegetativo permanente);
3. un tumore in stadio avanzato senza alcuna possibilità di miglioramento;
4. di un'altra malattia/lesioni incurabili che conducono con molta probabilità alla morte in un prossimo futuro.

Al di là di questo testamento biologico chiedo che:

- dolori, stati d'angoscia e sofferenze vengano trattati in ogni caso e in modo adeguato con medicinali, anche se questi potrebbero accelerare la mia morte;
- posso riconsiderare e/o riconfermare il contenuto di questo testamento biologico nel caso in cui dovessi rientrare la mia capacità mentale e di giudizio.

Designo le seguenti persone quali i miei rappresentanti che possono sostituirmi oppure che possono fornire informazioni su di me e sulla mia volontà (nomi, cognomi, indirizzi, telefono):

1. _____, _____, _____
2. _____, _____, _____

Dispongo, dopo che almeno 2 medici, specificamente formati per questo scopo, abbiano constatato ed accertato la mia morte cerebrale:

- che i miei organi possono essere prelevati per un trapianto secondo le conoscenze mediche più attuali sì no
- che il mio corpo possa essere utilizzato per la ricerca medica sì no
- che sul mio corpo possa venir effettuata un'autopsia sì no

Desidero un'assistenza religiosa sì no

(la mia religione/confessione _____).

Data _____ Firma _____