



YOSHITAKA SRL con Socio Unico
Via Marco Marino, 30/32
Abbiategrosso (MI) - 20081 - Italia
P. IVA: 08943750151
PEC: yoshitaka@pec.it

Avvio ELMAS - Gestionale dedicato all'acquisizione e trasmissione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento alla Banca Dati Nazionale

Gentilissimi,

si comunica l'avvio del nuovo gestionale regionale ELMAS (Electronic – Legal – Medical – Acquisition System), dedicato alla raccolta, registrazione e trasmissione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), di cui all'art. 4 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, alla Banca Dati Nazionale:

Art. 4. (Disposizioni anticipate di trattamento)

Il testo integrale e dettagliato dell'articolo 4 stabilisce che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere può, previo adeguate informazioni mediche, esprimere le proprie volontà sui trattamenti sanitari o il consenso/rifiuto ad accertamenti e terapie tramite le DAT, indicando un fiduciario.

Segue la modulistica relativa alle DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) - L.219/2017 che l'interessato è tenuto a compilare, stampare e consegnare al nostro personale.

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) – L. 219/2017

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____ Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato

da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

- essendo attualmente in pieno possesso della mia capacità decisionale, in totale libertà di scelta e avendo avuto adeguate informazioni mediche, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora, in futuro, mi accadesse di perdere, anche temporaneamente, la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni;

- consapevole accetto che il mio rifiuto di determinati trattamenti possa comportare come esito la morte;

- dispongo che i medici curanti informino sulle mie condizioni di salute le seguenti persone:

1. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico _____

2. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico _____

IN CASO DI MALATTIA O LESIONE TRAUMATICA CEREBRALE CHE DETERMINI UNA PERDITA DI COSCIENZA DEFINIBILE COME PERSISTENTE E IRREVERSIBILE:

☐ Voglio ☐ Non voglio essere sottoposto ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

Oppure

- ☐ Voglio ☐ Non voglio che siano proseguiti i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

IN CASO DI PROGNOSI INFAUSTA A BREVE TERMINE O DI IMMINENZA DI MORTE:

- ☐ Voglio ☐ Non voglio l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo delle sofferenze refrattarie

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON SUCCESSIVA DICHIARAZIONE.

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*
- presa visione informativa*
- consenso alla trasmissione delle DAT alla Banca Dati Nazionale
- consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

NOMINO QUALE MIO FIDUCIARIO/A AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA LEGGE N. 219/2017

Il/la Sig./Sig.ra
(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____
Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

ACCETTAZIONE DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

ACCETTO

l'incarico di fiduciario per il/la Sig./Sig.ra
(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

*obbligatori

Luogo, data _____
Firma del fiduciario (per esteso e leggibile) _____

REVOCA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

l'incarico di fiduciario al/alla Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____
Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____
e residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RINUNCIO

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig.ra:

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc. _____
_____ Nato/a a _____ il _____ e
residente presso _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ Prov. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____
Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatoria**

Luogo, data _____
Firma (per esteso e leggibile) _____

REVOCA DAT

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____

e residente presso _____ Via/Piazza _____

n. _____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato
da _____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

la DAT da me rilasciata in data _____ codice univoco DAT

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____