

Rappresentante

Con la presente nomino la persona indicata qui di seguito come mia rappresentante. Questa persona è **autorizzata a rappresentare le mie indicazioni contenute nella presente direttiva anticipata e ad approvare o rifiutare in mia vece quesiti in sospeso** durante il periodo di mia incapacità di discernimento. Questa persona deve essere informata il più presto possibile in merito al mio ricovero in ospedale.

Cognome, nome:

- Ha il diritto di accedere a tutte le informazioni legate **al mio attuale ricovero in ospedale** relative allo stato di salute, il trattamento, i termini legali e sociali (incl. copia degli atti). Corrispondente esonero dal segreto professionale

Funzione / relazione:

Indirizzo:

- Ha il diritto di accedere **a tutte le informazioni e di visionare gli atti** (esonero dal segreto professionale)

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Sostituto

Nel caso in cui la persona sopraindicata non fosse in grado di svolgere le sue mansioni, nomino la seguente persona come mia rappresentante con gli stessi diritti:

Cognome, Nome:

Funzione / relazione:

Indirizzo:

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Data:

Firma: