

Il/la sottoscritto/a: .....

diretto interessato

Tutore/Amministratore di sostegno/famigliare di .....

**Autorizza**

**Non autorizza**

Il personale Medico a fornire notizie relative alle condizioni di salute al coniuge, ai figli, ai genitori.

**Autorizza**

**Non autorizza**

Le misure diagnostico/terapeutiche/igieniche, che si rendessero necessarie od opportune durante la permanenza in codesta RSD per la cura e la prevenzione di malattie, previa informazione comprensibile e sufficiente sul tipo di terapie, sui metodi operativi, sui vantaggi conseguibili dalla loro esecuzione e sugli svantaggi della loro mancata esecuzione.

**Autorizza**

**Non autorizza**

L'assistenza all'alimentazione (imboccamento) da parte degli operatori e/o volontari dell'R.S.D. nei casi tale necessità venga disposta dai Medici e dal personale infermieristico di codesta Residenza.

**Autorizza**

**Non autorizza**

L'uso dei mezzi di tutela personale, dopo essere stato adeguatamente informato dal personale sanitario di codesta Residenza, dei possibili danni fisici che potrebbero verificarsi dal mancato uso degli stessi.

**Autorizza**

**Non autorizza**

Le uscite dalla R.S.D. per visite per motivi sanitari, o gite, con adeguata assistenza di operatori.

Data .....

Firma dell'ospite diretto interessato .....

Firma del Tutore o Amministratore di sostegno: .....