

Dichiarazione del paziente: rifiuto di qualsiasi iniezione, infusione e preparato senza consenso scritto

Nome e cognome : _____

Data di nascita : _____

Indirizzo : _____

Ospedale / struttura : _____

Reparto / medico curante : _____

Con la presente dichiaro, nel pieno possesso della capacità giuridica e della capacità di agire:

Rifiuto espressamente la somministrazione di qualsiasi iniezione, infusione o altro preparato somministrabile, indipendentemente dal tipo, dalla denominazione o dal principio attivo, salvo che io abbia previamente espresso il mio consenso scritto.

Ciò vale senza eccezioni, compresi:

- Medicamenti
- Prodotti biologici / « Biogenetics »
- Vaccini / iniezioni a mRNA e preparati a mRNA
- Sostanze prodotte mediante ingegneria genetica o processi biologici

Conformemente alla legge sui diritti dei pazienti, esigo, prima di ogni intervento, un'informazione completa e il mio consenso esplicito, possibilmente scritto (consenso informato).

Fanno eccezione le emergenze acute che mettono in pericolo la vita e nelle quali sono necessarie misure immediate per salvare la vita.

Desidero che la mia dichiarazione sia annotata nella mia cartella clinica.

Data : _____

Firma del paziente / della paziente : _____

Persona di fiducia (facoltativo) : _____

Telefono / reperibilità : _____

Nota giuridica per il personale sanitario

Questa dichiarazione si basa sul mio diritto all'autodeterminazione conformemente alle seguenti disposizioni:

Costituzione federale, art. 10

Ogni persona ha diritto alla libertà personale, in particolare all'integrità fisica e psichica e alla libertà di movimento.

Codice civile, art. 28

Protezione dalle lesioni della personalità (integrità fisica, psichica e sociale).

Codice deontologico della FMH

Obbligo di tenere conto della volontà del paziente.