**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha ottenuto un risultato nella scala CDRS pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)

****