

**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)