Alla cortese attenzione

sig./sig.ra_____

Via/P.zza_____n.____

Comune di _____

Con la presente si dichiara che il sig./la sig.ra (nome)_____(cognome)_____, nato/a a_____, il _____, del/della quale il sottoscritto è il medico di medicina generale, è affetto/a dalla/dalle seguenti patologie:

 Alzheimer e/o demenza senile;

 Parkinson;

 SLA;

 Sclerosi a placche;

 Distrofia muscolare;

 Sindrome bulbare e pseudobulbare;

 Anoressia;

 Sindrome da allettamento (qualunque patologia acuta che determina obbligo di permanenza a letto con piaghe da decubito, incontinenza sfinterica, elevata possibilità di patologia infettiva);

 Fratture della colonna vertebrale;

 Insufficienza renale con dialisi peritoneale;

 Metastasi multiple da cancro;

 Atassia cerebellare;

 Emiplagie ed emiparesi.

Luogo_____data_____

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
(Timbro e firma)

_____