

Modello prescrizione dieta conforme al d.m. 14\09\1994 n.744

Si prescrive valutazione dietistica per il\la mio\la assistito\la

Sig.\ra _____

☐ Per educazione alimentare, con riferimento alle porzioni personalizzate e gestione della settimana alimentare

☐ Per miglioramento del peso corporeo, che attualmente rientra nel range di:

☐ Sottopeso ☐ Sovrappeso ☐ Obesità

☐ Per problemi gastro intestinali (_____)

☐ Per profilo lipidico:

☐ ipercolesterolemia, ☐ Ipertrigliceridemia ☐ altro (_____)

☐ Profilo ginecologico:

☐ Sindrome dell'ovaio policistico, ☐ Menopausa, ☐ Endometriosi, ☐ Gravidanza

☐ Per intolleranza alimentare (_____)

☐ Altro (_____)

il\la mio\la assistito\la:

☐ è in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie

☐ presenta le seguenti patologie croniche:

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. _____

2. _____

il\la mio\la assistito\la ha acconsentito alla condivisione dei propri dati sensibili e delle proprie note anamnestiche sopra riportate tra i professionisti incaricati. Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

DATA

TIMBRO LEGGIBILE E FIRMA DEL MEDICO