

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

Si richiede Valutazione Dietistica per il/la signor/signora _____

Si prescrive dieta per:

(diagnosi a suo carico)

- Diabete mellito di tipo _____
- Sindrome Metabolica
- Obesità (BMI > 29,9)
- Sovrappeso (BMI > 24,9)
- Sottopeso (BMI < 18,5)
- Intestino Irritabile
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Ipertrigliceridemia
- Celiachia
- Intolleranza _____
- Allergia alimentare _____
- Disturbo del Comportamento Alimentare _____
- Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
- Altro:

E' in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie

E' in cura con la seguente terapia farmacologica: _____

Il/la signor/signora _____ 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.

In fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO