

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