

PRESCRIZIONE VISITA DIETISTICA A CURA DEL MEDICO
(Modello prescrizione dieta conforme al d.m. 14/09/1994 n.744)

Per il/la mio/a assistito/a sig/ra _____

Si prescrive visita dietistica per:

- Educazione alimentare
- Intolleranza/ Allergia alimentare a _____
- Celiachia
- Patologia _____
- Gravidanza
- Allattamento
- Sovrappeso
- Sottopeso
- altro _____

Il/la mio/a assistito/a:

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

o Presenta le seguenti patologie:

- Diabete (specificare il tipo _____)
- Obesità
- Dislipidemie (specificare il tipo _____)
- Sindrome metabolica
- Ipertensione
- Ipotiroidismo
- Ipertiroidismo
- Insufficienza renale
- Reflusso gastro-esofageo
- Endometriosi
- Sindrome dell'Ovaio Policistico
- altro: _____

Note specifiche sulle patologie:

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Contatto del medico (facoltativo) _____

In fede,

DATA: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO