

PRESCRIZIONE VISITA DIETISTICA A CURA DEL MEDICO CURANTE
Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14\09\1994 n.744

Ad utilizzo della Dietista Dott.ssa Elena Dealberti
(email: elenadealberti.dietista@gmail.com telefono: +39 3485963549)

Per il/la mio/a assistito/a il/la signor/a _____

si prescrive visita dietistica per motivi di:

- Sovrappeso
- Sottopeso
- Intolleranza/Allergia alimentare a _____
- Celiachia
- Sport/ Attività fisica (_____)
- Patologia
- Educazione Alimentare
- Altro: _____

Il\La mio\ a assistito\ a:

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

Presenta le seguenti patologie:

- Obesità
 - Malnutrizione per difetto
 - Diabete Mellito Tipo 1
 - Diabete Mellito Tipo 2
 - Ipercolesterolemia
 - Ipertrigliceridemia
 - Sindrome Metabolica
 - Iperensione
 - Ipotiroidismo
 - Ipertiroidismo
 - Insufficienza renale cronica
 - Reflusso gastro-esofageo
 - Altro: _____
- _____
- _____

Note specifiche sulle patologie:

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

Altro da dichiarare:

Contatto del medico (facoltativo) _____

In fede,

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO