

MODELLO PRESCRIZIONE DIETA CONFORME AL D.M. del 14-09-1994 n° 744

Si richiede **VISITA DIETISTICA** per il/la sig./sig.ra _____ Nato/a a _____

il ____/____/____ Residente a _____

Si prescrive dieta per:

- sottopeso
- sovrappeso
- obesità di I/II/III grado
- per intolleranza/allergia alimentare a _____
- per celiachia
- per pratica sportiva agonistica
- per altra patologia _____

Il/la mio/a assistito/a è:

- in generale stato di buona salute e al momento non presenta segni clinici di patologie
- presenta le seguenti patologie:

- diabete di tipo 1
- diabete di tipo 2
- ipertensione
- sindrome metabolica
- dislipidemia
- ipertiroidismo
- ipotiroidismo
- steatosi epatica
- insufficienza renale
- altro _____

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Data ____/____/____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO