PRESCRIZIONE DIETETICA A CURA DEL MEDICO CURANTE

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

Per il\la mio\a assistito\a sig.\ra _____
si prescrive **dieta adeguata** per motivi di:

- o Sovrappeso
- o Sottopeso
- o Intolleranza/Allergia alimentare a _____
- o Celiachia
- o Per sport (_____)
- o Per patologia
- o Educazione Alimentare
- o Altro_____

il\la mio\a assistito\a:

- E' in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie
- Presenta le seguenti **patologie** (Specificare la diagnosi della patologia):
  - o Diabete Tipo _____
  - o Dislipidemia di tipo_____
  - o Ipertensione _____
  - o Ipotiroidismo _____
  - o Ipertiroidismo _____
  - o Insufficienza renale _____
  - o Altro_____

NOTE E SPECIFICHE SULLE PATOLOGIE_____

_____

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

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

Altro da dichiarare_____

Contatti del medico per ulteriori informazioni (facoltativo)_____

in fede, Data_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO