

**Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14/09/1994 n.744**

Si richiede per il/la mio/a assistito/a Sig./ra \_\_\_\_\_ l'elaborazione di un piano alimentare personalizzato per:

- Sovrappeso
- Sottopeso
- Intolleranza alimentare a: \_\_\_\_\_
- Allergia alimentare a: \_\_\_\_\_
- Celiachia
- Patologia (specificare): \_\_\_\_\_
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Il/la mio/a assistito/a:

- È in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie
- Presenta le seguenti patologie:
  - Diabete
  - Dislipidemie
  - Ipertensione
  - Ipotiroidismo
  - Ipertiroidismo
  - Insufficienza renale
  - Altro: \_\_\_\_\_

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

In fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_