

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

Si richiede per il/la mio/la assistito/la sig./ra \_\_\_\_\_

l'elaborazione di un piano alimentare personalizzato per:

- sovrappeso
- sottopeso
- intolleranza alimentare a \_\_\_\_\_
- celiachia
- sport \_\_\_\_\_
- patologia \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

Il/la mio/la assistito/la:

- ❖ è in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie
- ❖ presenta le seguenti patologie croniche:

- sovrappeso
- diabete
- dislipidemie
- ipertensione
- ipotiroidismo
- ipertiroidismo
- insufficienza renale
- altro:

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

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

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

In fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO