

Si richiede Valutazione Dietistica per il/la

signor/signora _____

Codice fiscale _____

Si richiede dieta per:

- Sovrappeso
- Sottopeso
- Intolleranza alimentare a
- Celiachia
- Sport
- Patologia (_____)

La/Il paziente:

- presenta le seguenti diagnosi a suo carico:
 - Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
 - Diabete mellito di tipo _____
 - Sindrome Metabolica
 - Ipotiroidismo
 - Ipertiroidismo
 - Intestino Irritabile
 - Ipertensione
 - Ipercolesterolemia
 - Ipertrigliceridemia
 - Intolleranza _____
 - Allergia alimentare _____
 - Disturbo del Comportamento Alimentare _____
 - Altro:
- E' in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie;

E' in cura con la seguente terapia farmacologica:

Il/la signor/signora _____ ha acconsentito alla condivisione dei propri dati sensibili e delle proprie note anamnestiche sopra riportate tra i professionisti incaricati.

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

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Il Dietista elabora protocolli dietetici personalizzati previa prescrizione medica ai sensi del Decreto Ministeriale n°774 del 14/09/1994