

PRESCRIZIONE VISITA DIETISTICA A CURA DEL MEDICO
Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14\09\1994 n.744

Ad utilizzo della Dietista Dott.ssa Giulia Cinque
(email: giuliacinquedietista@gmail.com telefono: +39 320 864 8916)

Per il/la mio/a assistito/a il/la signor/a _____
si prescrive VISITA DIETISTICA

Il\La mio\ a assistito\ a

È in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di patologie;

Presenta le seguenti patologie:

- Sovrappeso/Obesità
 - Malnutrizione per difetto
 - Disturbo Alimentare (specificare il tipo: _____)
 - Intolleranza/Allergia alimentare a: _____
 - Celiachia
 - Diabete Mellito (specificare il tipo: _____)
 - Dislipidemia (specificare il tipo: _____)
 - Sindrome Metabolica
 - Ipertensione
 - Ipotiroidismo
 - Ipertiroidismo
 - Insufficienza renale cronica
 - Reflusso gastro-esofageo
 - Altro: _____
- _____
- _____

Note specifiche sulle patologie:

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

Altro da dichiarare:

Contatto del medico (facoltativo) _____

In fede,

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO