

PRESCRIZIONE DIETETICA A CURA DEL MEDICO CURANTE
Modello prescrizione dieta conforme al d.m. 14\09\1994 n.744

Ad utilizzo della Dietista Dott.ssa Claudia Onori
(Mob. 3496719285 - Mail: claudiaonori@hotmail.it)

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

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

il\la mio\la assistito\la:

- 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):
 - Diabete Tipo _____
 - Dislipidemia di tipo _____
 - Ipertensione _____
 - Ipotiroidismo _____
 - Ipertiroidismo _____
 - Insufficienza renale _____
 - Altro _____

NOTE E SPECIFICHE SULLE PATOLOGIE _____

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

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

Altro da dichiarare _____

Contatti del medico per ulteriori informazioni (facoltativo) _____

in fede, Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO