



PRESCRIZIONE VISITA DIETISTICA A CURA DEL MEDICO CURANTE

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

Si richiede Valutazione Dietistica per il/la signor/signora: _____

Il/La paziente presenta le seguenti diagnosi a suo carico:

- Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
- Diabete mellito di tipo _____
- Sindrome Metabolica
- Ipotiroidismo
- Iperitiroidismo
- Intestino Irritabile
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Ipertrigliceridemia
- Intolleranza _____
- Allergia alimentare _____
- Disturbo del Comportamento Alimentare _____
- Altro: _____
- È in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie _____

È 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.