

**PRESCRIZIONE DIETETICA DEL MEDICO CURANTE
conforme al D.M. 14/09/1994 n° 744**

Per il/la mio/a assistito/a Sig. _____

si richiede elaborazione di dieta adeguata per: (barrare)

- Sovrappeso
- Sottopeso
- Intolleranza / allergia alimentare a _____
- Celiachia
- Sport _____
- Patologia _____
- Si attesta che l' assistito è attualmente in buono stato di salute

Presenta le seguenti patologie:

- Diabete tipo _____
- Dislipidemia
- Ipertensione
- Ipotiroidismo
- Iperparatiroidismo
- Insufficienza renale (specificare se lieve, media o grave)
- Altro

Note relative alle
patologie _____

Farmaci assunti _____

Altro da dichiarare _____

Luogo e data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

