

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

Per il\la mio\la assistito\la sig.\ra \_\_\_\_\_

Si prescrive terapia dietetica per:

- sovrappeso
- sottopeso
- per allergia/intolleranza alimentare a \_\_\_\_\_
- per celiachia
- per pratica sportiva \_\_\_\_\_
- per patologia \_\_\_\_\_
- alimentazione vegetariana/vegana
- alimentazione in età pediatrica
- educazione alimentare
- altro \_\_\_\_\_

il\la mio\la assistito\la:

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

presenta le seguenti patologie croniche:

- diabete
- dislipidemie
- ipertensione
- ipotiroidismo
- ipertiroidismo
- insufficienza renale
- altro: \_\_\_\_\_

per tali patologie assume i seguenti farmaci:

---

---

---

---

in fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO