

Prescrizione dietetica

Dati personali del paziente

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

CAP / Località: _____

Tel. privato: _____

Datore di lavoro: _____

Te. Lavoro: _____

Assicuratore malattia: _____

No. Assicurato: _____

Malattia Incidente Invalidità

Numero consultazioni: _____

Malattia

- Turbe del metabolismo
- Obesità (BMI > 30kg/m²)
- Sovrappeso (BMI ≥ 25kg/m²) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso
- Obesità del bambino e dell'adolescente (BMI > 97° percentile) oppure BMI > 90° percentile e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione di esso, ai sensi dell'allegato 1 capitolo 4 Opre
 - 1. Terapia individuale (max 6 consulenze in 6 mesi)
 - 2. Terapia individuale multiprofessionale strutturata (TIMS)
- Malattie cardiovascolari
- Malattie dell'apparato digerente
- Malattie renali
- Stato di malnutrizione o denutrizione
- Allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

All'attenzione del dietista

Medicamenti: _____

Risultati delle ultime analisi: _____

(ev. allegare copia) _____

Diagnosi specifica: _____

Osservazioni: _____

Rapporto relativo al decorso del trattamento

Scritto Telefonico E-mail

Data

Firma del medico (timbro con no. CCMS)

Data

Firma del dietista
