

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

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

**si richiede l'elaborazione di un piano alimentare personalizzato per:**

- educazione alimentare
- sovrappeso
- sottopeso
- intolleranza alimentare a \_\_\_\_\_
- celiachia
- sport \_\_\_\_\_
- patologia \_\_\_\_\_

**Il\la mio\la assistito\la:**

- è in stato di buona salute non presentando al momento sintomi clinici
- presenta le seguenti patologie croniche:
  - diabete
  - dislipidemie
  - ipertensione
  - ipotiroidismo
  - ipertiroidismo
  - insufficienza renale
  - altro: \_\_\_\_\_

per tali patologie assume i seguenti farmaci:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.  
in fede,

**DATA**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**