

Richiesta di valutazione dietetica per l'assistito/a il/la signor/signora:

Il/la paziente presenta una o più delle seguenti patologie:

- Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...):
- Diabete mellito di tipo:
- Sindrome Metabolica
- Ipotiroidismo
- Ipertiroidismo
- Intestino Irritabile
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Ipertrigliceridemia
- Intolleranza a:
- Allergia alimentare a:
- Disturbo del Comportamento Alimentare
- Altro:

È in cura con la seguente terapia farmacologica:

In caso di assenza di segni o sintomi di patologie cliniche:

- È in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie.

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 Curante

Il Dietista elabora, formula ed attua le diete prescritte dal medico e ne controlla l'accettabilità da parte del paziente; ai sensi del Decreto Ministeriale n°774 del 14/09/1994.