

Gentile Dottore/Dottoressa,

Ai fini di una **Consulenza Dietistica**, in conformità al D.M. 14\09\1994 n.744 secondo cui “*il Dietista - operatore sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione - elabora protocolli dietetici personalizzati previa prescrizione medica*”, si richiede la seguente **prescrizione del MMG o PLS o Medico specialista attestante lo stato di salute** del/lla suo/a assistito/a.

E' possibile altresì redigerla sulla propria carta intestata (non ricetterario medico).

Il/la mio/a assistito/a:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

non presenta patologie ed è in buono stato di salute, pertanto si consiglia Consulenza Dietistica per Educazione alimentare;

presenta le seguenti patologie, pertanto si consiglia Consulenza Dietistica per Dietoterapia personalizzata:

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> sottopeso | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> sovrappeso | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> obesità | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> ipertensione arteriosa | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> diabete tipo 1 | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> diabete tipo 2 | <input type="radio"/> _____ |

si trova nella seguente condizione fisiologica:

- età pediatrica adolescenza gravidanza (_____ settimana) allattamento sportivo/a età geriatrica

è stato/a sottoposto/a ai seguenti interventi chirurgici:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

attualmente non assume terapia farmacologica;

attualmente assume la seguente terapia farmacologica:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

In fede, si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e Data

Timbro e Firma del Medico
