

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

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

Si prescrive dieta per:

- sovrappeso
- sottopeso
- per intolleranza alimentare a _____
- per celiachia
- per sport (_____)
- per patologia (_____)

il\la mio\la assistito\la:

- è in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o
- patologie
- 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. _____

in fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO