

Nome e Cognome Medico curante: _____

Si prescrive visita dietistica per il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

per l'impostazione di una dieta:

ipocalorica bilanciata

altro: _____

Il paziente al momento:

non presenta alcuna patologia

presenta le seguenti patologie:

sovrappeso

obesità

sindrome metabolica

diabete

ipertensione

ipercolesterolemia

ipertrigliceridemia

altro: _____

è in cura con la seguente terapia farmacologica: _____

allergie/intolleranze: _____

Luogo e data

Timbro e firma del Medico
