

MODELLO PRESCRIZIONE conforme al D.M. del 14.09.1994 n°744

In base al regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del dietista, è previsto che tale figura professionale al fine di poter elaborare uno schema dietoterapico debba avere l'indicazione da parte del MMG o di un medico specialista.

Per il mio/a assistito/a sig./ra _____

Si prescrive dieta per:

- sottopeso
- sovrappeso
- obesità di I/II/III grado
- per intolleranza/allergia alimentare a _____
- per celiachia
- per pratica sportiva agonista
- per altra patologia _____

Il mio/a assistito/a è:

- in generale stato di buona salute e al momento non presenta segni clinici di patologie
- presenta le seguenti patologie:
 - diabete di tipo 1 2
 - ipertensione
 - sindrome metabolica
 - dislipidemia
 - ipertiroidismo
 - ipotiroidismo
 - steatosi epatica
 - insufficienza renale
 - altro _____

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO