

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

Il Dietista elabora protocolli dietetici personalizzati previa prescrizione medica ai sensi del Decreto Ministeriale n°774 del 14/09/1994.

Si richiede Valutazione Dietistica per il/la sig./ra: _____

Il/la paziente presenta le seguenti diagnosi a suo carico:

- ☐ Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
- ☐ Diabete mellito di tipo
- ☐ Sindrome Metabolica
- ☐ Ipotiroidismo
- ☐ Iperitiroidismo
- ☐ Intestino Irritabile
- ☐ Ipertensione
- ☐ Ipercolesterolemia
- ☐ Ipertrigliceridemia
- ☐ Intolleranza
- ☐ Allergia alimentare
- ☐ Disturbo del Comportamento Alimentare
- ☐ Altro: _____
- ☐ _____
- ☐ È in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie

Il/la paziente è in cura con la seguente terapia farmacologica: _____

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Examina srl

sede legale: Corso Vittorio Emanuele II, 18 - 10123 Torino
Tel. +39 011.6507896
R.E.A. n. TO 1157474
Cap. soc. 30.000,00 euro
C.F. e P.Iva 10734450017

I nostri centri

Corso Vittorio Emanuele II, 18 - Torino
Via Pavia, 11/b Rivoli (To)
Tel. + 39 011.6507896
info@gruppoexamina.it
www.gruppoexamina.it