



Si richiede Valutazione Dietistica per il/la signor/signora \_\_\_\_\_

Per il/la suddetto/a si prescrive una dieta adeguata per:

- Sovrappeso
- Sottopeso
- Intolleranza/Allergia alimentare a \_\_\_\_\_
- Celiachia
- Sport (\_\_\_\_\_)
- Patologia \_\_\_\_\_
- Educazione Alimentare
- Altro \_\_\_\_\_

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

- Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
  - Diabete mellito di tipo \_\_\_\_\_
  - Sindrome Metabolica
  - Ipotiroidismo
  - Ipertiroidismo
  - 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

È in cura con la seguente terapia farmacologica:

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Il/la signor/signora \_\_\_\_\_ ha acconsentito alla condivisione dei propri dati sensibili e delle proprie note anamnestiche sopra riportate tra i professionisti incaricati. Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO