

STUDIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE
Via San Francesco da Paola, n°13, 10123, Torino

Dott. Scrofani-Dott.ssa Melis
Dietisti

Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14/09/1994 n.744

Per il/la mio/a assistito/a Sig./ra _____

Si richiede l'elaborazione di un piano alimentare personalizzato per:

- ☐ Educazione alimentare
- ☐ Sovrappeso/obesità
- ☐ Sottopeso
- ☐ Diabete
- ☐ Insufficienza renale
- ☐ Allergia/Intolleranza alimentare a _____
- ☐ Celiachia
- ☐ Sport (_____)
- ☐ Patologia
- (_____)
- ☐ Altro (specificare:_____)

Il/la mio/a assistito/a:

- ☐ è in buono stato di salute non presentando patologie o segni/sintomi clinici di malattia
- ☐ presenta le seguenti patologie croniche:

per tali patologie assume i seguenti farmaci:

Data, _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO