

Prescrizione dietetica

Dati personali del paziente

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

CAP / Località:

Tel. privato:

Datore di lavoro:

Te. Lavoro:

Assicuratore malattia:

No. Assicurato:

Malattia

Incidente

Invalidità

Malattia

Turbo del metabolismo

Obesità (BMI > 30kg/m²)

Sovrappeso (BMI ≥ 25kg/m²) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso

Obesità del bambino e dell'adolescente (BMI > 97° percentile) oppure BMI > 90° percentile e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione di esso, ai sensi dell'allegato 1 capitolo 4 Opre

1. Terapia individuale
(max 6 consulenze in 6 mesi)

2. Terapia individuale multiprofessionale strutturata (TIMS)

Malattie cardiovascolari

Malattie dell'apparato digerente

Malattie renali

Stato di malnutrizione o denutrizione

Allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

Numero consultazioni:

All'attenzione del dietista

Medicamenti:

Risultati delle ultime analisi:
(ev. allegare copia)

Diagnosi specifica:

Osservazioni:

Rapporto relativo al decorso del trattamento

Scritto

Telefonico

E-mail

Data:

Firma del medico (timbro con no. CCMS)

Data:

Data: