

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

Per il\la mio\la assistito\la sig.\ra _____

Si prescrive dieta per:

- sovrappeso
- sottopeso
- per intolleranza alimentare a _____
- per allergia alimentare a _____
- per celiachia
- per pratica sportiva
- per patologia: _____

II/La paziente:

- è in stato di **buona salute** non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie
- presenta le seguenti **patologie** croniche:
 - ipertensione
 - dislipidemie
 - diabete
 - insufficienza renale
 - ipertiroidismo
 - ipotiroïdismo
 - altro: _____

II/La paziente per tali patologie **assume** i seguenti **farmaci**:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

In fede,

Timbro / firma del medico

Data: _____