

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: _____

Il/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
 - ☐ ipotiroidismo
 - ☐ altro: _____

Il/la paziente per tali patologie assume i seguenti farmaci:

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

In fede,

Timbro / firma del medico

Data: _____