

Si richiede Valutazione Dietistica per il/la signor/signora _____

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

- Malnutrizione in eccesso o in difetto: BMI _____
- Diabete mellito di tipo _____
- Sindrome metabolica
- Ipotiroidismo
- Ipertiroidismo
- Intestino irritabile
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Ipertrigliceridemia
- Intolleranza _____
- Allergia alimentare _____
- Patologie ginecologiche (PCOS, endometriosi,...)
- Disturbo della Alimentazione e della Nutrizione
- Patologie neurologiche
- Disfagia
- Altro:

E' in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie

Attualmente è in cura con la seguente terapia farmacologica:

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