

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

Si prescrive dieta per:

- sovrappeso*
- sottopeso*
- per intolleranza alimentare a \_\_\_\_\_*
- per celiachia*
- per sport ( \_\_\_\_\_ )*
- per patologia ( \_\_\_\_\_ )*

il\la mio\la assistito\la:

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

per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

in fede,

DATA

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**