

Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14\09\1994 n.744

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

Si prescrive dieta per:

- Sovrappeso o obesità
- Sottopeso
- Allergia alimentare a _____
- Celiachia
- Sport (_____)
- Patologia

(_____

_____)

- Altro

(specificare: _____
_____)

Il\la mio\la assistito\la:

- è in buono stato di salute non presentando patologie o segni/sintomi clinici di malattia
- presenta le seguenti patologie croniche:

In fede,

DATA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO