

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