

Per il/la mio/a assistito/a sig./ra _____

Si prescrive dieta per:

- sovrapeso*
- sottopeso*
- per intolleranza alimentare a _____*
- per celiachia*
- per sport (_____)*
- per patologia (_____)*

il/la mio/a assistito/a:

- 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