



Si richiede una visita dietistica per _____

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

- Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
- Diabete mellito di tipo _____
- Sindrome Metabolica
- Ipotiroidismo
- Iperitiroidismo
- Intestino irritabile (IBS)
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Ipertrigliceridemia
- Intolleranza _____
- Allergia alimentare _____
- Disturbo del Comportamento Alimentare _____
- Altro _____
- E' in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie

Indice di massa corporea:

- Normopeso (BMI 18.5 - 24.9)
- Sottopeso (BMI < 18.5)
- Sovrappeso (BMI 25.0-29.9)
- Obesità (BMI > 30)

E' 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