**PRESCRIZIONE DIETETICA**

(secondo l’art. 9b OPre)

**Dati personali**

Cognome

Nome        m  f

Data di nascita

Indirizzo

CAP / Località

Telefono privato

Datore di lavoro

Telefono ufficio

Assicuratore malattia

N° Assicurato / AVS

Malattia  Incidente  Invalidità

Numero consultazioni

**Indirizzo del medico prescrivente**

**Indirizzo della consulenza nutrizionale**

     

**Malattia**

turbe del metabolismo

Obesità (IMC ≥ 30 kg/m2)

Sovrappeso (IMC ≥ 25 kg/m2) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso

obesità del bambino e dell’adolescente (body mass index > 97° percentile) oppure body mass index > 90° percentile e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione con esso, ai sensi dell’allegato 1 capitolo 4 OPre  
 1. Terapia individuale (max. 6 consulenze in 6 mesi)  
 2. Terapia individuale multiprofessionale strutturata (TIMS)

malattie cardiovascolari

malattie del sistema digestivo

malattie dei reni

stato di malnutrizione o di denutrizione

allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all’alimentazione

Data / Firma del medico: Data / Firma del/della dietista:

     ,            ,

(timbro con N° CCMS) (timbro con N° CCMS)

Si applicano le rispettive condizioni di protezione dei dati dei partner contrattuali.

✂

**All’attenzione del/della dietista**

Medicamenti:

Risultati delle ultime analisi:

Diagnosi precisa:

Lingua del/della paziente:

Osservazioni:

Rapporto relativo al decorso del trattamento

scritto  telefonico