

Si prescrive una visita dietetica per il sig./la sig.ra .....  
nato/a a .....il .....  
e residente a .....

per l'impostazione di una dieta

- Ipocalorica bilanciata
- Ipercalorica bilanciata
- .....

Al momento, il paziente:

- Non presenta alcuna patologia
- Presenta le seguenti patologie:
  - Obesità
  - Diabete
  - Ipertensione
  - Iperlipidemia per:
    - Ipercolesterolemia
    - Ipertrigliceridemia
    - Iperuricemia
    - .....
  - Ipertensione
  - Insufficienza renale cronica
  - .....
  - .....
  - .....

Assume i seguenti farmaci.....  
.....  
.....

È allergico a .....  
.....

Data  
.....

Firma del medico curante  
.....