

Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14/09/1994 n.744

Si richiede per il/la mio/a assistito/a Sig./ra _____ l'elaborazione di un piano alimentare personalizzato per:

- Obesità
- Sovrappeso
- Gravidanza
- Intolleranza alimentare a: _____
- Allergia alimentare a: _____
- Patologia (specificare): _____
- Altro (specificare): _____

Per tali condizioni assume i seguenti farmaci:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

In fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
