

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

Malattia Incidente Invalidità

Numero consultazioni

Indirizzo della consulenza nutrizionale

Malattia

- turbe del metabolismo
- obesità dell'adulto (body mass index superiore a 30) e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione con esso
- 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

Indirizzo del medico prescrivente

Data / Firma del medico:

(timbro con N° CCMS)

----- ✂ -----

Data / Firma del/della dietista:

(timbro con N° CCMS)

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