

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

Invalidità

Incidente

Numero consultazioni

Indirizzo del medico prescrivente

Data / Firma del medico:

,

(timbro con N° CCMS)

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

-----✂-----

Indirizzo della consulenza nutrizionale

Malattia

turbe del metabolismo

Obesità (IMC \geq 30 kg/m²)

Sovrappeso (IMC \geq 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/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