

PRESCRIZIONE DIETETICA

(secondo l'art. 9b OPAS)

Dati personali

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP/Località _____

Tel. privato _____

Datore di lavoro _____

Tel. ufficio _____

Assicuratore malattia _____

N° Assicurato _____

☐ Malattia ☐ Incidente ☐ Invalidità

Numero consultazioni: _____

Data _____

Firma del
medico:
(timbro con N° CCMS)



Farmadomo Home Care Provider SA
Centro di competenza dietetica
Ala Munda 41, 6528 Camorino
RCC: U556521
Tel. 091 857 62 60

Malattia

- ☐ turbe del metabolismo
- ☐ obesità (Body-mass-index oltre 30) e malattie conseguenti al sovrappeso oppure concomitanti
- ☐ 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 della
dietista:
(timbro con N° CCMS)

All'attenzione della dietista

Medicamenti: _____

Risultati delle analisi: _____

Diagnosi precisa: _____

Osservazioni: _____

Rapporto relativo al decorso del trattamento

☐ scritto ☐ telefonico