

PRESCRIZIONE INTEGRATORE ALIMENTARE COMPLETO**Nome:****Data di nascita:****Cognome:****Telefono:****Indirizzo:****Assicurazione malattia:****Nr assicurato:****Peso:****Altezza:****Diagnosi:**☐ con fibre☐ **Normoproteico**
14-18gr proteine in 200ml☐ altro:☐ senza fibre☐ **Iperproteico**
28gr proteine in 200 ml☐ **Iperproteico compatto**
18gr proteine in 125ml**A fini medici speciali:**☐ diabetici☐ insufficienza renale☐ disfagici

Incarico Farmadomo di compilare la richiesta di garanzia per l'assicurazione e contattare il paziente per le istruzioni necessarie.

☐ Consulenza gratuita dietista Farmadomo

Data

Timbro e firma medico