**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 [ ]  Incidente [ ]  Invalidità

Numero consultazioni

**Indirizzo del medico prescrivente**

**Indirizzo della consulenza nutrizionale**

**Malattia**

[ ]  turbe del metabolismo

[ ]  Obesità (IMC ≥ 30 kg/m2)

[ ]  Sovrappeso (IMC ≥ 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 medico: Data / Firma del/della dietista:

     ,            ,

(timbro con N° CCMS) (timbro con N° CCMS)

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

 ✂

**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