**PRESCRIZIONE PER CONSULENZA E CURE NUTRIZIONALI**

**IN REGIME AMBULATORIALE OSPEDALIERO**

(secondo l’art. 9b Opre | secondo la tariffa delle prestazioni ambulatoriali della consulenza nutrizionale H+)

**Dati personali**

[ ]  m [ ]  f

Cognome

Nome

Data di nascita

Via

CAP / Località

Telefono privato

Datore di lavoro

Telefono ufficio

Assicuratore malattia

N° Assicurato / AVS

[ ]  Malattia [ ]  Incidente [ ]  Invalidità

Numero di consultazioni

[ ]  Consulenza con oneri maggiori

[ ]  In caso di necessità sono consentite due consultazioni al giorno

**Indirizzo del medico prescrivente**

**Indirizzo del/della dietista**

**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 (IMC > 97° percentile) oppure IMC > 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° RCC) (timbro con N° RCC)

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