

Prescrizione Nutrizionale

(ai sensi di art. 9b OPre)

Dati personali

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____ **Sesso** _____
Via _____
NPA/località _____
Telefono _____
Mail _____
Datore di lavoro _____
Via _____
NPA/località _____
Assicuratore _____
Via _____
NPA/località _____
Legge _____
N. assicurato _____
N. inf. / Data inf. _____

Indirizzo del dietista

Mail _____
GLN, Fax _____

Malattia

- turbe del metabolismo
- Sovrappeso (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 (IMC > 97° percentile) oppure IMC > 90° percentile e sequele dovuto 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 dovuto all'alimentazione

Prescrizione _____
Consultazione _____ per prescrizione

Indirizzo del medico

Medico _____
Mail _____
GLN/RCC _____
Data _____
Firma _____
superfluo per invio elettronico

All'attenzione del/della dietista

Medicamenti _____
Risultati delle analisi _____

Diagnosi	Tipo	Codice	Nome

Osservazioni _____

Lingua del paziente _____

Rapporto scritto telefonico

Invio elettronico