

Si richiede per il\la mio\la assistito\la sig.\ra \_\_\_\_\_

l'elaborazione di un piano alimentare personalizzato per:

- Obesità \_\_\_\_\_
- Sovrappeso
- Per intolleranza alimentare a \_\_\_\_\_
- Per celiachia
- Per attività sportiva \_\_\_\_\_
- Per patologia \_\_\_\_\_

il\la mio\la assistito\la:

- è in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie
- non presenta al momento, né nelle settimane precedenti, segni o sintomi clinici riconducibili al Covid-19 (febbre, tosse, mal di gola, disgeusia, ecc..)
- presenta le seguenti patologie croniche:
  - diabete
  - dislipidemie
  - ipertensione
  - ipotiroidismo
  - insufficienza renale
  - altro: \_\_\_\_\_

per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO