

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