



AD UTILIZZO DELLA DOTT.SSA PELLEGRINI ALICE IN QUALITÀ DI DIETISTA

Per il/la mio/a assistito/a sig./ra _____

Si prescrive dieta per:

- sovrappeso**
- sottopeso**
- per intolleranza alimentare a _____**
- per celiachia**
- per sport (_____)**
- per patologia (_____)**

il/la mio/a assistito/a:

- è in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie**
- presenta le seguenti patologie croniche:**
 - diabete**
 - dislipidemie**
 - ipertensione**
 - ipotiroidismo**
 - ipertiroidismo**
 - insufficienza renale**
 - altro:**

per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

in fede,

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO