Modello prescrizione conforme al d.m 14/09/1994 n. 744

Per il/la paziente sig./ra _____

Si prescrive dieta/trattamento nutrizionale per:

- sovrappeso
- sottopeso
- per intolleranza alimentare a _____
- per allergia alimentare a _____
- per celiachia
- per pratica sportiva _____
- per patologia _____

Il/La paziente:

- è in buono stato di salute e non presenta al momento segni o sintomi clinici di patologie
- presenta le seguenti patologie croniche:
 - dislipidemie
 - diabete
 - ipertensione
 - ipotiroidismo
 - ipertiroidismo
 - insufficienza renale
 - altro _____

Il/la paziente per tali patologie assume i seguenti farmaci:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

In fede,

Data: _____

Timbro e firma del medico