

## PRESCRIZIONE DIETETICA

(secondo l'art. 9b OPAS)

### Dati personali

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP/Località \_\_\_\_\_

Tel. privato \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Tel. ufficio \_\_\_\_\_

Assicuratore malattia \_\_\_\_\_

N° Assicurato \_\_\_\_\_

Malattia     Incidente     Invalidità

Numero consultazioni: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del  
medico:  
(timbro con N° CCMS)

Vaghi Fabrizio

c/o Farmacia di Besso  
via Besso 23a  
6903 Lugano

Tel: 091.966.4083  
079.671.2810

Fax: 091.966.4519

### Malattia

- turbe del metabolismo
- obesità (Body-mass-index oltre 30) e malattie conseguenti al sovrappeso oppure concomitanti
- malattie cardiovascolari
- malattie del sistema digestivo
- malattie dei reni
- stato di malnutrizione o di denutrizione
- allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

Data \_\_\_\_\_

Firma del  
dietista:  
(timbro con N° CCMS)

### All'attenzione del dietista

Medicamenti: \_\_\_\_\_

Risultati delle analisi: \_\_\_\_\_

Diagnosi precisa: \_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_

Rapporto relativo al decorso del trattamento

scritto     telefonico