**MODULO PRESCRIZIONE VISITA DIETISTICA**

**Modello prescrizione dieta conforme al D.M. 14\09\1994 n.744**

Data / /

Si prescrive ***Visita Dietistica*** per (Nome e Cognome Paziente)

Il/la mio/o assistito/a:

* È in stato di buona salute non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie.
* Presenta una o più delle seguenti patologie o sintomatologie:
	+ Sovrappeso/Obesità
	+ Sottopeso
	+ Dislipidemia
	+ Ipertensione
	+ Ipotiroidismo
	+ Ipertiroidismo
	+ Diabete Mellito Tipo 1
	+ Diabete Mellito Tipo 2
	+ Reflusso gastroesofageo
	+ Malattia Autoimmune:
	+ Sindrome dell'intestino irritabile (IBS)
	+ Malattia infiammatoria cronica dell'intestino (IBD):
	+ Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) o Ovaio micropolicistico
	+ Altro:

Per tali patologie assume i seguenti farmaci:

Note del medico prescrittore:

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

**Dott.ssa Silvia Bigucci**

**Dietista-Lifestyle Trainer-Counselor**

Riccione (RN): Viale Diaz n° 20

Rimini (RN): Via Predil n°14

cell: 339-4917876

E-mail: silviabigucci@libero.it

Sito web: [www.silviabiguccidietista.it](http://www.silviabiguccidietista.it)

CF BGCSLV81S49H294L

PI 03577430402

Iscrizione albo dietisti n° 5 Bologna

Gentile Dottore/ Dottoressa,

Sono la dott.ssa Silvia Bigucci, Dietista Nutrizionista.

Sono stata contattata dal suo assistito per un percorso nutrizionale.

Al fine di procedere all’elaborazione del piano nutrizionale personalizzato sono a richiedere come da normativa vigente (*art 1 comma 2 punto C del Decreto 14 settembre 1994, n. 744*) la Sua prescrizione di intervento con dicitura “**Visita Dietistica**” contenente l’elenco delle patologie in essere o l’indicazione di stato di buona salute anche su carta bianca intestata o apposito modulo allegato.

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione, le porgo i miei Cordiali saluti,

Dott.ssa Silvia Bigucci

