

Si richiede *Visita Dietistica* per il/la signor/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

si evidenzia che il paziente **non presenta** al momento nessuna patologia;

si evidenzia che il paziente **presenta** le seguenti patologie:

- Obesità
- Diabete
- Sindrome Metabolica
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Ipertrigliceridemia
- Iperuricemia
- Sovrappeso
- Altro:

è in cura con la seguente **terapia farmacologia**:

il cui assorbimento/azione può essere alterato dall'assunzione dei seguenti alimenti:

Luogo e Data

Timbro e Firma del Medico
