



DR.SSA SILVIA PALAZZI - DIETISTA
Cell. 348 0032399 Mail: silviapalazzidietista@gmail.com
Via San Francesco 7, Renazzo di Cento (FE), 44045
P.iva 01840140386 CF PLZSLV86M67C469C

Oggetto: Richiesta prescrizione medica per Visita Dietistica

Gentile Dottore,

sono la Dr.ssa Silvia Palazzi, Dietista. 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" che metta in evidenza l'elenco delle patologie in essere o qualsiasi indicazione che Lei ritiene possa essermi utile ai fini della strutturazione di un adeguato percorso nutrizionale.

La prescrizione è sufficiente in carta bianca intestata o se preferisce compilando il modulo allegato con timbro e firma.

Certa di poter contare sulla Sua disponibilità rimango a disposizione per ulteriori chiarimenti ai recapiti nell'intestazione alla presente.

Distinti saluti

Dr.ssa Silvia Palazzi
Dietista



MODULO PRESCRIZIONE VISITA DIETISTICA

Data ____ / ____ / ____

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

Il/la mio/o assistito/a:

È in stato di buona salute

Presenta una o più delle seguenti patologie o sintomatologie:

- Sovrappeso/Obesità
- Sottopeso
- Dislipidemia
- Ipertensione
- 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