

Si richiede visita dietistica per il/la sig.\ra _____

La/Il paziente presenta le seguenti diagnosi a suo carico:

- *Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)*
- *Sovrappeso*
- *Sottopeso*
- *Diabete mellito di tipo _____*
- *Sindrome Metabolica*
- *Ipotiroidismo*
- *Iperitiroidismo*
- *Intestino Irritabile*
- *Iperensione*
- *Ipercolesterolemia*
- *Ipertrigliceridemia*
- *Reflusso gastro-esofageo*
- *Celiachia*
- *Intolleranza _____*
- *Allergia alimentare _____*
- *Disturbo del Comportamento Alimentare _____*
- *Altro: _____*
- *_____*
- *_____*
- *E' in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie*

E' in cura con la seguente terapia farmacologica:

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO