

Prescrizione dietetica

(secondo l'art. 9b OPre)

Dati personali del paziente

Cognome: _____

Nome: _____ m f

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

CAP/Località: _____

Tel. privato: _____

Cellulare: _____

Tel. lavoro: _____

Datore di lavoro: _____

Assicuratore malattia: _____

N° Assicurato: _____

Lingua del/della paziente: _____

N° Assicurato: _____

Malattia Incidente Invalidità

Numero di consultazioni: _____

Indirizzo del medico prescrivente

Data e firma medico: _____

All'attenzione del/della dietista:

Medicamenti:

Diagnosi precisa:

Osservazioni:

Rapporto relativo al decorso del trattamento:

scritto telefonico

Indirizzi per inoltrare

serviziodietetico.OBV@eoc.ch

serviziodietetico.ODL@eoc.ch

serviziodietetico.OCL@eoc.ch

serviziodietetico.OIL@eoc.ch

serviziodietetico.ORBV@eoc.ch

Malattia

Altezza _____ Peso _____ BMI _____

- turbe del metabolismo
- obesità (BMI > 30 kg/m²)
- sovrappeso (BMI > 25 kg/m²) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso
- obesità del bambino e dell'adolescente (body mass index > 97° percentile) oppure body mass index > 90° percentile e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione con esso, ai sensi dell'allegato 1 capitolo 4 OPre
 - Terapia individuale (max. 6 consulenze in 6 mesi)
 - Terapia individuale multiprofessionale strutturata (TIMS)
- malattie cardiovascolari
- malattie del sistema digestivo
- malattie dei reni
- stato di malnutrizione o di denutrizione
- allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

Data e firma del/della dietista: _____

Attenzione ! Inviare il modulo unicamente all'indirizzo corretto



Invia per e-mail