

Dott.ssa Ileana Gervasi  
Dietista

Egregio Dottore,

al fine di poter compiere al meglio il mio lavoro di Dietista e di collaborare insieme per la salute del/della paziente Suo/a assistito/a,

La pregherei di volermi indicare lo stato fisiopatologico del/della Sig./Sig.ra

---

la quale mi ha contattata per ricevere informazioni e un piano alimentare atto a migliorare la sua alimentazione.

Sono quindi a chiederle una prescrizione di "CONSULENZA DIETISTICA PER ..."  
(indicare il motivo della visita) in carta bianca intestata o con modulo che lascio in allegato, secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994, n.744.

Ringraziando per la collaborazione,  
Resto a disposizione per ulteriori chiarimenti.

*Gervasi Ileana*



Data \_\_\_\_\_

Si richiede Valutazione Dietistica ed elaborazione di un piano nutrizionale in favore del/della Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_,

paziente con BMI in:

- Sottopeso
- Normopeso
- Sovrappeso
- Obesità di grado \_\_\_\_\_

E che presenta:

- Buono stato di salute
- Diabete / alternata tolleranza al glucosio
- Ipertensione
- Dislipidemia mista / ipercolesterolemia / ipertrigliceridemia
- Ipotiroidismo / ipertiroidismo
- Reflusso gastroesofageo / gastrite / ulcera peptica – duodenale
- Malattie infiammatorie intestinali / IBS
- Amenorrea
- Celiachia o allergie/intolleranze alimentari a \_\_\_\_\_
- Disturbo del comportamento alimentare \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Eventuale terapia farmacologica assunta:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

*Il/la Signor/Signora \_\_\_\_\_ ha acconsentito alla condivisione dei propri dati sensibili e delle proprie note anamnestiche sopra riportate tra i professionisti incaricati. Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.*

**In fede**  
(timbro e firma)

Ileana Gervasi Dietista  
Dietistaileanagervasi@gmail.com  
CF: GRVLNI91M59F471M  
PI: 03720520984