

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: _____
 Malattia Incidente Invalidità
 Numero di consultazioni: _____

Indirizzo del medico prescrivente

Data e firma medico: _____

Indirizzi per inoltrare

serviziodietetico.OBV@eoc.ch
 servizioidietetico.ODL@eoc.ch
 servizioidietetico.OCL@eoc.ch
 servizioidietetico.OIL@eoc.ch
 servizioidietetico.ORB@eoc.ch

Malattia

Altezza _____ Peso _____ BMI _____

- turbe del metabolismo
- obesità dell'adulto (body mass index superiore a 30) e sequele dovute al sovrappeso o in combinazione con esso
- 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:

All'attenzione del/della dietista:

Medicamenti: _____
 Risultati delle ultime analisi: _____
 Diagnosi precisa: _____
 Lingua del/della paziente: _____
 Osservazioni: _____

Rapporto relativo al decorso del trattamento

scritto telefonico