

**RICHIESTA PER RIABILITAZIONE ALIMENTARE**

Cognome nome	
Data di nascita	
Indirizzo	
CAP/città	
Professione	
Tel. Priv/tel. Ufficio	
CM	

Medico curante / richiedente \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FRCV:: Fumo  ITA:  Familiarità  DM:   
Col tot: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_ TG: \_\_\_\_\_

Peso/kg: \_\_\_\_\_ altezza/cm: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

**TERAPIA ATTUALE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indirizzo per la notifica dei pazienti:

Daniela Berta, reparto di angiologia, tel. 091 811 45 49