medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

PRESCRIZIONE PER CONSULENZA E CURE NUTRIZIONALI IN REGIME AMBULATORIALE STUDIO O OSPEDALIERO

(secondo l'art 9b Opre | secondo la tariffa delle prestazioni ambulatoriali della consulenza nutrizionale H+)

Dati personali

Cognome

Nome

Data di nascita

Sesso

Via

NPA/località

Telefono

Mail

Assicuratore

Nome

Via

NPA/località

Legge

N. assicurato

N. inf. / Data inf.

Indirizzo del medico

Medico

Mail

GLN/RCC

N. Consultazione

Solo cure ospedaliere

- ☐ Consulenza con oneri maggiori
- ☐ In caso di necessità sono consentite due visite al giorno

Indirizzo del dietista

Mail

GLN, Fax

Malattia

- ☐ turbe del metabolismo
- ☐ Sovrappeso (IMC ≥ 30 kg/m2)
- ☐ Sovrappeso (IMC ≥ 25 kg/m2) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso
- ☐ Obesità del bambino e dell'adolescente (IMC > 97° percentile) oppure IMC > 90° percentile e sequele dovuto al sovrappeso o in combinazione con esso, ai sensi dell'allegato 1 capitolo 4 OPre
  - ☐ 1. Terapia individuale (max. 6 consulenze in 6 mesi)
  - ☐ 2. 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 dovuto all'alimentazione

Data

Firma superfluo per invio elettronico

All'attenzione del/della dietista

Medicamenti
Risultati delle analisi

Diagnosi

Osservazioni

Lingua del paziente

Rapporto ☐ scritto ☐ telefonico

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!