

Si attesta che Il signor/la signora

--

Data di nascita	Luogo di nascita
Residente a	Indirizzo
Codice fiscale	

Ha diagnosi di:

- Obesità. (BMI o IMC > 30 Kg/m²)
- Diabete _____
- Ipertensione arteriosa.
- Dislipidemie (colesterolo e/o trigliceridi).
- Calcolosi renale (di ossalato di calcio/ di acido urico/ altro): _____
- Malattia da reflusso gastroesofageo.
- Sindrome dell'intestino irritabile.
- Malattia diverticolare.
- Osteoporosi.
- Disturbo del comportamento alimentare: Anoressia Nervosa.
- Disturbo del comportamento alimentare: Bulimia Nervosa.
- Disturbo del comportamento alimentare: Disturbo da alimentazione incontrollata- Binge eating.
- Disturbo del comportamento alimentare: NAS (non altrimenti specificato) per le persone che hanno un disturbo dell'alimentazione di gravità clinica che non soddisfa tutti i criteri diagnostici dell'anoressia o bulimia nervosa.
- Altro:

.....
.....

Si informa che il paziente è in cura con la seguente terapia farmacologica:

.....
.....
.....

Data, Timbro e firma del medico: