

INFORMAZIONI PER LA PRESA IN CARICO DIETISTICA

Da inviare alla mail: presaincaricodietistico@aulss2.veneto.it

Gentile Signore/a, la invitiamo a dedicare qualche minuto per la compilazione del questionario. Nel caso non fosse in grado, la preghiamo di rivolgersi ai suoi familiari per la compilazione.

INDICHI IN QUALE DISTRETTO DELL'ULSS 2 RISIEDE

- TREVISO/ODERZO
- CONEGLIANO/VITTORIO VENETO
- MONTEBELLUNA
- CASTELFRANCO
- DISTRETTO EXTRA ULSS 2: _____

Il sottoscritto/a _____ chiede un appuntamento:

- per conto di _____
- per me stesso

Nato a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale: _____

Indicate un vostro numero di telefono per comunicazioni: _____

Fasce orarie preferibili per l'appuntamento:

- prima mattina
- primo pomeriggio

Giorni preferibili per l'appuntamento (i servizi di dietetica sono aperti dal lunedì al giovedì):

- lunedì martedì mercoledì giovedì

Se donna, in questo momento è in gravidanza? SI (_____ settimana) NO

Motivo dell'invio riportato su impegnativa:

- sottopeso sovrappeso obesità NON SO

Altre motivazioni: _____

Soffre di qualche allergia agli alimenti (certificata da un medico)? SI NO

Quali?: _____

È celiaco/a? SI NO

ANTROPOMETRIA E STILE DI VITA

Peso attuale: _____ Altezza: _____

Aumento o diminuzione di peso negli ultimi 6 mesi: _____

Aumento o diminuzione di peso negli ultimi 3 mesi: _____

In passato si è già rivolto presso i nostri servizi nell'Ulss2? SI NOHa già seguito diete o indicazioni dietetiche in passato? SI NOHa eseguito esami del sangue negli ultimi 12 mesi? SI NO**Se non sono stati eseguiti esami del sangue sarebbe opportuno presentarsi alla prima valutazione con esami del sangue a discrezione del Medico di Medicina Generale.**

Dopo valutazione della sua richiesta, le verranno inviati via mail la data e l'ora dell'appuntamento (l'appuntamento è da considerarsi valido al momento della ricezione). Nel caso in cui non sia possibile presentarsi nell'ora e giorno richiesto dovrà contattare la segreteria del Servizio di Dietetica nel quale è stato prenotato l'appuntamento.

IN CASO IN CUI NON SIA POSSIBILE PRENDERE IN CARICO LA SUA RICHIESTA SARÀ RICONTATTATO TELEFONICAMENTE DA NOI.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

(specificare anche nome e cognome in caso sia diverso dal nome del paziente per cui si chiede la presa in carico)