

Modulo Anamnesi Personale ed Alimentare

Dott.ssa Chiara Gentili

Biologo Nutrizionista

Paziente:

Data ___/___/_____

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____

CF _____ Medico curante _____

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

ANAMNESI FISILOGICA E NUTRIZIONALE

Attività lavorativa (orari e turni)	
Attività fisica (tipologia, frequenza settimanale, durata)	
Fumo (quante sigarette al giorno, da quanti anni)	
Alcool (quanti bicchieri, da quanti anni)	
Ciclo mestruale (età, regolare, assente, menopausa)	
Gravidanze (numero, aumento di peso, complicanze)	
Diuresi (normale, oliguria, anuresi, nicturia, enuresi)	
Alvo (regolare, stipsi, diarrea)	
Integratori	
Modificazione peso negli anni	

Cell: +39 320 7091597

e-mail: chiaragentili.cg@gmail.com

P. Iva: 02813080427 N. Iscrizione Albo ONB: AA_081686

pag. 1/5

(peso min, peso max, kg presi-riacquistati, in quanto tempo)	
Terapie alimentari precedenti (quando, durata, kg persi, kg riacquistati)	
OBIETTIVO-MOTIVO DELLA VISITA	

ANAMNESI PATOLOGICA

	PATOLOGIA	TERAPIA FARMACOLOGICA
Patologie sistema nervoso centrale		
Patologie app. cardiov. e pressione arteriosa		
Patologie apparato gastroenterico		
Diabete		
Patologie tiroidee		
Allergie e intolleranza dichiarate		
Interventi chirurgici		
Inappetenza		
Recenti stress (psicologici e fisici)		
Altro		

ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE

	PATOLOGIA	
Padre		
Madre		
Sorella/fratello		

Nonno/Nonna		
Altro		

ANAMNESI ALIMENTARE

	Orario	Alimenti
Colazione		
Spuntino		
Pranzo		
Spuntino		
Cena		
Fuori pasto		
Week end, pasto libero		
Chi prepara i pasti		
Esclusioni alimentari		
Dove vengono consumati	Casa, ristorante...	

ANNOTAZIONI

Gonfiore addominale	
Umore	
Momento in cui si ha più fame	
Crisi di fame	
Numero di caffè, tè, caffè d'orzo	

Consumo di zucchero	
Consumo di acqua	
Altre bevande	
Senso della sete	
Consumo di cioccolata	
10.000 passi al dì	
Scale o ascensore	
Altro	

DICHIARA

1. di voler affidare alla Dott.ssa Gentili Chiara l'incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici ai sensi dell'art.3 della legge n. 396/1967 e coerentemente per l'elaborazione di una dieta ottimale personalizzata. Il presente incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta;
2. dichiaro di aver ben compreso vantaggi, limiti, complicità del piano alimentare che mi verrà consigliato, in particolare:
 - a) per il piano alimentare che mi è stato consigliato il nutrizionista mi potrà consigliare integratori alimentari riguardo i quali mi è stato ben spiegato l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, le controindicazioni ed i possibili effetti collaterali;
 - b) la percentuale dei risultati positivi del piano alimentare dipenderà dalle singole risposte dell'organismo. Sono stato/a informato/a sui comportamenti da tenere, tempi tecnici ed i consigli da seguire nel periodo del piano alimentare consigliato, consapevole che in caso contrario il risultato finale potrebbe essere compromesso e data la natura del trattamento cui dedico di sottopormi, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale;
 - c) confermo di aver riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate in passato o tutt'ora in corso, attuali o precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie, abitudini di vita;
 - d) mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul regime alimentare che mi verrà consigliato;
 - e) dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra riportato;
 - f) soddisfatto/a delle informazioni fornitemi, consapevole e spontaneamente presto il mio consenso a ricevere e seguire il piano alimentare consigliato.
3. di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al mio attuale e pregresso stato fisico-patologico e di impegnarmi a comunicare alla Dott.ssa Gentili Chiara gli esiti e gli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. È mia esclusiva responsabilità informare prontamente la Dott.ssa Gentili Chiara qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico-patologico che abbiano attinenza con l'incarico conferito, esonerando da ogni responsabilità per la mancata comunicazione o l'omissione di accertamenti. Pertanto, è mio obbligo far pervenire tempestivamente alla Dott.ssa Gentili Chiara tutta la documentazione e le certificazioni mediche in mio possesso o delle quali verrò in possesso afferenti il mio stato psico-patologico;

4. Prendo atto che la Dott.ssa Gentili Chiara è attualmente assicurata per la responsabilità contro rischi professionali, con apposita polizza n. IITDMM18A28761231987 contratta con la compagnia assicurativa AmTrust International Underwriters con limite di indennizzo pari ad euro un milione (lettere) 1.000.000 euro;

Luogo, _____

Data _____

Firma del Paziente (leggibile)

Firma della Dott.ssa
