

Dott.ssa Cacciola Maria Stella

Biologa nutrizionista – cell 3339959391

QUESTIONARIO PER IL PROGRAMMA NUTRIZIONALE PERSONALIZZATO

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

Cognome

Sesso

Nascita

RESIDENZA

indirizzo

cap

comune

provincia

CONTATTI

email

cellulare

INFORMAZIONI STATO FISICO

Altezza

Peso attuale

Attività lavorativa

Patologie diagnosticate, allergie o intolleranze alimentari o genetiche?

Disturbi Attuali? Sintomi e qualsiasi fastidio. Quali?

E' seguito/a oppure è stato seguito precedentemente da qualche medico specialista? Quale branca specialistica? Se vuole può riportare anche i nomi.

DISTURBI PIU' FREQUENTI FRA I SEGUENTI:

Acne

Affaticamento

Dismenorrea

Amenorrea

Cisti ovariche

Anemia

Morbo celiaco

Problemi comportamentali

Arteriosclerosi

Artrosi

Trigliceridi alti

Colesterolo alto

Alitosi

Perdita di peso

Cancro

Calcolosi biliare

Calcolosi renale

Candidosi

Capillari

Colite

Depressione

Dermatiti

Diabete tipo.....

Ulcera gastrica

Ipoglicemia

Disturbi cardiaci

Diverticolite

Prostatite (solo uomini)

Edema

Emicrania

Meteorismo

Fibroma

Problemi intestinali

Gastrite

Stitichezza	Si	No	A Volte
-------------	----	----	---------

Diarrea	Si	No	A Volte
---------	----	----	---------

Infezioni ricorrenti

Intolleranza al lattosio

Celiachia o intolleranza al glutine

Favismo

Ipertiroidismo

Ipotiroidismo

Tiroidite

Iperglicemia (Diabete)

Gravidanze

In Menopausa	Si	No
--------------	----	----

Attualmente Incinta	Si	No
---------------------	----	----

Insonnia	Si	No
----------	----	----

Pressione	Normale	Ipotesa	Ipertesa? Quali Valori?
-----------	---------	---------	-------------------------

Assumi Farmaci o Integratori?	Si	No	Quali:
-------------------------------	----	----	--------

.....

.....

.....

.....

Soffri di allergie?	Si	No	Quali:
---------------------	----	----	--------

.....

Fai Sport?	Si	No	Quante Volte A Settimana
------------	----	----	--------------------------

.....

Bevi molta acqua?	Si	No	Quanti Litri Al Giorno?
-------------------	----	----	-------------------------

.....

DIARIO ALIMENTARE

Riporta la tua settimana tipo divisa nei tre principali pasti. Ricorda di scrivere anche eventuali spuntini fuori pasto. Indica anche la quantità per ogni alimento consumato.

colazione

pranzo

cena

spuntini vari

quanti e quali dolci mangi al giorno?

quali cibi ti provocano fastidi dopo la loro assunzione?

quali bibite gasate o alcoliche bevi? quanto spesso?

prima di dormire mangi ancora? se sì cosa?

NOTE: IN QUESTA PARTE PUO' SCRIVERE TUTTO QUELLO CHE VUOLE COMUNICARMI IN AGGIUNTA

IL/LA SOTTOSCRITTA _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE IN _____

CAP _____ PROVINCIA _____

CODICE FISCALE _____

DICHIARA

1. di voler affidare al Dott.ssa Cacciola Maria Stella, 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 la elaborazione di una dieta ottimale personalizzata. Il presente incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta:

2. di essere stato dettagliatamente informato e di condividere la validità e la convenienza di sottoporsi quanto prima ad un accertamento medico per una constatazione del proprio stato fisico-patologico. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Dott.ssa Cacciola Maria Stella al fine che ella possa determinare la dieta ottimale per le proprie personali e reali condizioni di salute.

3. di aver ben compreso quali sono i vantaggi, limiti e complicità dei suggerimenti e del piano alimentare che gli/le verrà proposto dalla dott.ssa Cacciola Maria Stella ed in particolare:

a) la percentuale dei risultati positivi del regime alimentare dipenderà dalle singole risposte dell'organismo. Il/la sottoscritto/a è stato/a informato/a sui comportamenti da tenere, tempi tecnici ed i consigli da seguire nel periodo del regime alimentare consigliato, consapevole che in caso contrario il risultato finale potrebbe essere compromesso e data la natura del trattamento cui decide di sottoporsi, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale;

b) di aver riferito correttamente la sua 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;

c) gli/le è stata data l'opportunità di porre domande sulla sua condizione e sul regime alimentare che gli/le verrà consigliato;

d) di aver letto e compreso quanto sopra riportato;

3. di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al proprio attuale e pregresso stato fisico-patologico e di impegnarsi a comunicare alla dott.ssa Cacciola Maria Stella gli esiti degli accertamenti sanitari a cui si sottoporrà. E' sua esclusiva responsabilità informare prontamente la dott.ssa Cacciola Maria Stella qualora sopraggiungessero variazioni del suo stato psico-patologico che abbiano ineranza all'incarico conferito, esonerandola da ogni e qualsiasi responsabilità in ipotesi di mancata comunicazione o di omesso accertamento. Pertanto, è suo obbligo far pervenire tempestivamente alla dott.ssa Cacciola Maria Stella tutta la documentazione e le certificazioni mediche in suo possesso o delle quali verrà in possesso afferenti il suo stato psico-patologico.

4. ai sensi degli art. 13 e 14 GDPR – Regolamento UE 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato alla dott.ssa Cacciola Maria Stella

In particolare attesta di essere stato informato/a circa:

a) le finalità cui sono destinati i dati;

b) la modalità con cui i dati vengono trattati

c) la base giuridica dei dati;

d) le conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento dei dati;

e) il periodo di conservazione e la cancellazione dei dati

- f) la comunicazione dei dati
- g) la diffusione dei dati e il trasferimento all'estero:
- h) i diritti dell'interessato
- i) il titolare del trattamento

6. prende atto che la dott.ssa Cacciola Maria Stella è attualmente assicurato per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita polizza n. 1/54949/122/208300531 presso Unipol Mondo Professionista.

7. la informo inoltre che, come previsto dalla normativa vigente, i suoi dati saranno comunicati al Sistema Tessera Sanitaria, che li tratterà comunque in forma aggregata, per l'elaborazione della Sua dichiarazione dei redditi precompilata. E che lei ha la possibilità di manifestare oralmente il suo dissenso, tal caso la sua opposizione verrà annotata sulla fattura con la seguente dicitura: IL PAZIENTE SI OPPONE ALLA TRASMISSIONE AL SISTEMA TS AI SENSI DELL'ART. 3 DEL DM 31 LUGLIO 2015" ed i dati non saranno comunicati al Sistema tessera Sanitario.

9. la informo infine che vista la LEGGE 27 dicembre 2019, n. 160 entrata in vigore 01/01/2020, tutte le fatture per essere detraibili fiscalmente devono essere state pagate con sistemi tracciabili (carte di pagamento, carte di debito, bonifici, assegni) e non in contanti

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA PER CONSENSO _____