*ANAMNESI NUTRIZIONALE:*

**Prima visita**: La prima visita si terrà in presenza presso Via Provenzana 1, Gemonio e avrà una durata indicativa di circa 1 ora e 30 minuti, variabile in base alle domande e alle necessità del paziente.

Durante la visita verranno raccolte misure antropometriche per valutare lo stato fisico del paziente, attraverso la rilevazione di circonferenze corporee, pliche cutanee e fotografie. Si consiglia pertanto di indossare un intimo adeguato.

Al termine della visita, il piano alimentare personalizzato sarà consegnato entro un massimo di 3 giorni.

**Tariffe:**

* **Prima visita + primo controllo obbligatorio: €72,80 + €41,60**
Per definire correttamente un piano alimentare, è essenziale effettuare almeno due visite, poiché la nutrizione non è una scienza esatta. Dopo la prima visita, sarà possibile stimare il fabbisogno energetico, che verrà poi confermato o adattato nel mese successivo in base ai risultati e alle esigenze individuali. Per questo motivo, il primo controllo è obbligatorio. Tuttavia, per agevolare il paziente, il costo complessivo è stato fissato a €110 (oneri fiscali esclusi), in linea con il prezzo medio di una prima visita singola in Lombardia.
* **Controlli successivi (dal terzo in poi): €46,80 cadauno**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| COGNOME: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| DATA DI NASCITA: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| ETA’ AL MOMENTO DELLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| PESO: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| ALTEZZA: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| ALLERGIE (Se sì quale/quali sono): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| INTOLLERANZE (Se sì quale/quali sono): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| PATOLOGIE (Se sì quale/quali sono): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| FARMACI (Se sì quale/quali sono): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| FUMO (Se sì quanto): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| ALCOOL (Se sì quanto): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| OCCUPAZIONE (Se lavoratore che tipo di lavoro svolge): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| ORARI LAVORATIVI (Indicare orari e se si lavora eventualmente su turni): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| TIPOLOGIA DI ATTIVITA’ FISICA SVOLTA: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| QUANTITA’ (In ore e volte a settimana) DI ATTIVITA’ FISICA SVOLTA: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| OBBIETTIVO CHE SI VUOLE RAGGIUNGERE (Motivo del percorso nutrizionale): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| CODICE FISCALE: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| RESIDENZA (Indirizzo/Città/Provincia/Codice postale): | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| STATO CIVILE: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| INDIRIZZO MAIL: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| NUMERO DI TELEFONO: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

* SE DISPONIBILI ALLEGARE/INVIARE LE ULTIME ANALISI DEL SANGUE SVOLTE
* **PREPARAZIONE ALLA VISITA:**

Se si sta già seguendo una dieta, **si prega di allegarla o inviarla** in anticipo. In caso contrario, è **fortemente consigliato** tenere un **diario alimentare di 3 giorni** e inviarlo prima della visita in presenza. Questo permetterà di **ottimizzare il tempo** della consulenza, concentrandosi meglio sulle abitudini alimentari e sulle esigenze personali, per costruire un piano nutrizionale su misura in modo più efficace. Se non fosse possibile preparare il diario alimentare, una parte della **prima visita** sarà dedicata a ricostruire le abitudini alimentari del paziente, chiedendogli di **ricordare cosa ha mangiato nei due giorni precedenti**. La compilazione della scheda *CONSUMO SETTIMANALE­ ALIMENTI* qui sotto è invece obbligatoria.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIARIO ALIMENTARE | COLAZIONE (Cosa/dove e con chi) | SPUNTINO MATTINA (Cosa/dove e con chi) | PRANZO (Cosa/dove e con chi) | SPUNTINO POMERIGGIO (Cosa/dove e con chi) | CENA (Cosa/dove e con chi) | ALTRO (Cosa/dove e con chi) |
| GIORNO 1 | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| GIORNO 2 | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| GIORNO 3 | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

*CONSUMO SETTIMANALE­ ALIMENTI:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |   | FREQUENZA (Quante volte a settimana) | NON GRADITI |
| Alimenti prima colazione  | Biscotti: | 0 |[ ]
|  | Cereali: | 0 |[ ]
|  | Fette biscottate: | 0 |[ ]
|  | Merendine:  | 0 |[ ]
|  |
| Farinacei  | Pasta: | 0 |[ ]
|  | Pane: | 0 |[ ]
|  | Riso: | 0 |[ ]
|  | Crackers: | 0 |[ ]
|  | Cous cous: | 0 |[ ]
|  | Gallette: | 0 |[ ]
|  | Patate: | 0 |[ ]
|  |
| Carne | Bianca: | 0 |[ ]
|  | Rossa: | 0 |[ ]
|  | Insaccati e salumi: | 0 |[ ]
|  |
| Pesce | Pesci: | 0 |[ ]
|  | Crostacei:  | 0 |[ ]
|  | Molluschi: | 0 |[ ]
|  |
| Latte e derivati | Latte: | 0 |[ ]
|  | Yogurt: | 0 |[ ]
|  | Formaggi freschi: | 0 |[ ]
|  | Formaggi stagionati: | 0 |[ ]
|  |
| Uova | 0 |[ ]
|  |
| Verdure | 0 |[ ]
|  |
| Legumi | 0 |[ ]
|  |
| Frutta | 0 |[ ]
|  |
| Frutta secca | 0 |[ ]
|  |
| Prodotti vegetariani | Tofu/tempeh: | 0 |[ ]
|  | Soia: | 0 |[ ]
|  | Seitan: | 0 |[ ]
|  |
| Alcolici, bibite e bevande industriali | Vino: | 0 |[ ]
|  | Birra: | 0 |[ ]
|  | Super alcolici: | 0 |[ ]
|  | bevande gassate:  | 0 |[ ]
|  | Succhi di frutta: | 0 |[ ]
|  |
| Olio e condimenti | Olio: | 0 |[ ]
|  | Aceto: | 0 |[ ]
|  | Burro: | 0 |[ ]