

ENTE AUTORIZZATORE

Genova

OGGETTO: Autorizzazione prodotti dietetici integrativi

Al Responsabile dell'autorizzazione del Distretto n.

Paziente che necessita dell'integrazione :

Si autorizza per mesi:	QUANTITA' GIORNALIERA
INTEGRATORE IPERCALORICO	
INTEGRATORE IPERPROTEICO	
INTEGRATORE PER DIABETE MELLITO	
INTEGRATORE PROTEICO POLVERE	
ADDENSANTE	
* *****	*****
Proposte motivate di altri integratori accolte:	

**Note:**


**Necessario approfondimento diagnostico/terapeutico. Motivazioni:**


IL MEDICO PRESCRITTORE Timbro e firma

Tel n.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_