



**Dott.ssa Valentina Suerz**

*Biologo Nutrizionista*

C.F. SRZVNT85C67E463I P.IVA 02859680304

Cell. 3482584211 e-mail valentina.suerz@libero.it

## Modulo Anamnesi Personale ed Alimentare

### Dati personali

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

### **Anamnesi personale fisiologica**

Nucleo Familiare \_\_\_\_\_  
Peso al momento della prima visita \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ cm BMI \_\_\_\_\_  
Storia del peso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Terapie dietetiche passate \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anamnesi corporea familiari:** Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_  
Fratelli-Sorelle \_\_\_\_\_ Coniuge \_\_\_\_\_ Figli \_\_\_\_\_  
Pressione arteriosa \_\_\_\_\_ mmHg

**Attività lavorativa svolta** \_\_\_\_\_ per ore al giorno \_\_\_\_\_

**Attività fisica svolta** \_\_\_\_\_ per ore al giorno/sett. \_\_\_\_\_

**Abitudine al fumo:** SI NO Da quando \_\_\_\_\_ n° sigarette al giorno \_\_\_\_\_

**Quantità acqua bevuta al giorno:**  < ½ litro  tra ½ e 1 litro  tra 1 e 2 litri  > 2 litri

**Regimi alimentari particolari**  Vegano  Vegetariano  Crudista  Altro specificare \_\_\_\_\_

**Diuresi:**  Normale  Oliguria  Poliuria  Anuresi  Nicturia  Enuresi

Annotazioni: \_\_\_\_\_

**Assunzione di alcolici:**  Si  No Tipo di alcolico \_\_\_\_\_ Quantità al giorno \_\_\_\_\_

**Intestino:**  Regolare  Stipsi  Diarrea in ogni caso specificare il n° di volte a settimana \_\_\_\_\_



**Dott.ssa Valentina Suerz**

*Biologo Nutrizionista*

C.F. SRZVNT85C67E463I P.IVA 02859680304

Cell. 3482584211 e-mail valentina.suerz@libero.it

**Ore dormite a notte** \_\_\_\_\_

**Ciclo mestruale:**  Regolare  Assente  Menopausa

**Gravidanze portate a termine** \_\_\_\_\_

**Eventuali contraccettivi orali**  NO  SI quale e da quanto tempo lo prendi \_\_\_\_\_

**Attualmente sei in condizione di gravidanza/allattamento?**  SI  NO

### **MOTIVO DELLA VISITA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Anamnesi patologica prossima e remota**

Condizioni Patologiche 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Attualmente assumi dei farmaci o degli integratori per le patologie sopra citate? Se si quali e quando e come li prendi? \_\_\_\_\_

Allergie-intolleranze dichiarate \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Intervista abitudini alimentari**

Alimenti NON graditi: (carne, pesce, uova, latte e latticini)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(verdure, ortaggi, legumi) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(frutta) \_\_\_\_\_



**Dott.ssa Valentina Suerz**

*Biologo Nutrizionista*

C.F. SRZVNT85C67E463I P.IVA 02859680304

Cell. 3482584211 e-mail [valentina.suerz@libero.it](mailto:valentina.suerz@libero.it)

---

Alimenti graditi: (carne, pesce, uova, latte e latticini) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(verdure, ortaggi, legumi) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(frutta) \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Dott.ssa Valentina Suerz**

*Biologo Nutrizionista*

C.F. SRZVNT85C67E463I P.IVA 02859680304

Cell. 3482584211 e-mail valentina.suerz@libero.it

## **Dichiarazione di consenso per la raccolta dei dati personali (ex art. 130 D.Lgs 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

con la sottoscrizione della presente scrittura

### **DICHIARA**

1. di voler affidare alla Dott.ssa VALENTINA SUERZ 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 conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta;

2. dichiaro di aver ben compreso vantaggi, limiti, complicità del regime alimentare che mi verrà consigliato, in particolare

a) per il regime 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 regime alimentare dipenderà dalle singole risposte dell'organismo. Sono stato 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 decido 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, consapevolmente e spontaneamente presto il mio consenso a ricevere e seguire il regime 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 VALENTINA SUERZ gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente la Dott.ssa VALENTINA SUERZ 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 VALENTINA SUERZ tutta la documentazione e le certificazioni mediche in mio possesso o delle quali verrò in possesso afferenti il mio stato psico-patologico;

4. di essere stato informato che per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico, Dott. Valentina Suerz, nella misura di:

- primo incontro + piano dietetico/consigli nutrizionali personalizzati **euro 150**

- controlli successivi **euro 85** (i controlli hanno generalmente cadenza mensile ma il suddetto dottore si riserva la possibilità di consigliare controlli più ravvicinati qualora se ne ravveda la necessità)

- elaborazione ex novo di un piano alimentare **euro 150**

- dopo 3 mesi di assenza, presupposti variati i fabbisogni energetici nutrizionali, sarà necessaria una nuova valutazione e l'elaborazione di un nuovo piano alimentare nella misura di **euro 150**.

Il compenso pattuito si intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale e dell'eventuale marca da bollo.

**Si fa presente, inoltre che la mancata partecipazione al primo incontro o ai successivi controlli senza idoneo preavviso di almeno 24 ore comporta il pagamento del 50% della prestazione.**

Per eventuali prestazioni specifiche diverse da quelle indicate nella presente lettera di incarico i corrispondenti compensi saranno determinati sulla base di ulteriore accordo fra le parti. Dott. Valentina Suerz.

5. ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003, autorizzo la Dott.ssa VALENTINA SUERZ al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato.

In particolare, attesto di essere stato informato/a circa:

- a) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati;
- b) la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;



**Dott.ssa Valentina Suerz**

*Biologo Nutrizionista*

C.F. SRZVNT85C67E463I P.IVA 02859680304

Cell. 3482584211 e-mail [valentina.suerz@libero.it](mailto:valentina.suerz@libero.it)

- c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;
- d) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
- e) i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003;
- f) il nominativo del responsabile del trattamento.

Dichiaro di essere stato informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto/a tutti i diritti dell'art. 7 della medesima legge.

6. Prendo atto che la Dott.ssa VALENTINA SUERZ è attualmente assicurata per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita polizza n. **EQ000001314** contratta con la compagnia assicurativa LLOYD'S con limite di indennizzo pari ad euro 500.000 (in lettere) cinquecentomila euro.

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente

Firma della Dott.ssa VALENTINA SUERZ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di minore, il consenso è firmato dal sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

(madre/padre) del paziente

## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 1 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
			😊 😞 😞	
<u>Colazione</u>				
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>			😊 😞 😞	

## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 2 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
			😊 😞 😞	
<u>Colazione</u>				
			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>				
			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>				
			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>				
			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>				
			😊 😞 😞	



## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 3 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
<u>Colazione</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>			😊 😞 😞	

## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 4 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
<u>Colazione</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>			😊 😞 😞	

## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 5 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
<u>Colazione</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>			😊 😞 😞	

## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 6 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
<u>Colazione</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>			😊 😞 😞	

## Diario alimentare

Nome e cognome \_\_\_\_\_ **Giorno 7 (data di compilazione)** \_\_\_\_\_

Pasto	Alimenti/bevande e quantità (specificare)	Luogo, orario e con chi ho mangiato	Come mi sento dopo mangiato	Attività fisica e lavori domestici tipo, intensità e durata)
<u>Colazione</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Pranzo</u>			😊 😞 😞	
<u>Spuntino</u>			😊 😞 😞	
<u>Cena</u>			😊 😞 😞	

**NOTE (eventuali extra consumati durante il giorno, sensazioni fisiche di gonfiore o di malessere generale dopo aver consumato certi cibi, stati d'animo, senso di fame o di sazietà dopo pasto, )**

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Informazioni per il paziente: come si compila correttamente un diario?**

Il diario alimentare deve essere consegnato sempre prima della prima visita (via mail) o in alternativa durante la prima visita, corredato dal modulo anamnesi personale ed alimentare, consenso informato ed analisi del sangue recenti (fatte da non più di 6 mesi). Il diario deve essere compilato per un periodo minimo di 7 giorni, ciò significa che dovrai utilizzare la prima pagina e compilarla per una settimana almeno. Cerca di fare in modo che questa rispecchi grosso modo le tue abitudini alimentari quotidiane, per cui se sai già che in una determinata giornata hai una ricorrenza particolare e mangerai diversamente dal solito, tralascia quel giorno e riporta i successivi.

**Non serve a niente omettere qualcosa che hai mangiato o modificare le tue abitudini solo per la compilazione del diario:** io non sono qui a giudicarti, per cui tralasciare o modificare qualcosa nella tua dieta abituale non ti aiuterà nel tuo percorso, anzi potrebbe portarmi a conclusioni errate ed inficiare l'intero percorso.

1. Cerca di essere il più preciso/a possibile, riportando sia il tipo di alimento/liquido ingerito che la quantità, senza essere maniacale (mi vanno benissimo anche le porzioni casalinghe, ad esempio un cucchiaino da tavolo, un cucchiaino...);
2. Ricordati che i condimenti fanno parte della dieta per cui specifica sempre chiaramente quanto e quali condimenti utilizzi;
3. Se usi prodotti confezionati, specifica sempre la marca ed il tipo indicandone il peso;
4. Indica con precisione il tipo di attività fisica fatta, in che modalità e per quanto tempo (se fai esercizi ad esempio in palestra cerca di indicare anche il tipo di esercizi)
5. Non sottovalutare lo spazio note: questo è uno strumento importantissimo per capire se ci possono essere eventuali intolleranze e per capire se ci può essere un coinvolgimento emotivo.