

Dott.ssa Valentina Suerz

Medico Chirurgo e Nutrizionista

C.F. SRZVNT85C67E463I P.IVA 02859680304

e-mail valentina.suerz@gmail.com

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 _____

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 _____

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 assumi dei farmaci o degli integratori? Se si quali, quando e come li prendi?

Attualmente sei in condizione di gravidanza/allattamento? SI NO

MOTIVO DELLA VISITA

Anamnesi patologica remota

Interventi chirurgici pregressi _____

Ha mai avuto traumi/incidenti? _____

Condizioni Patologiche 1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

Allergie-intolleranze dichiarate _____

Anamnesi familiare

Qualcuno dei suoi famigliari soffre/ha sofferto delle seguenti patologie?

Diabete

Ipertensione arteriosa

Morte improvvisa giovanile

Cardiopatìa ischemica od infarto

Altro (specificare)

Intervista abitudini alimentari

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

(verdure, ortaggi, legumi)

(frutta)

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

(verdure, ortaggi, legumi)

(frutta)

Altro

Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informo di quanto segue:

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di consulenza nutrizionale connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito;
2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirle la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza;
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati ed al professionista esterno che, in qualità di responsabile del trattamento, cura la contabilità dello Studio. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali;
5. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Valentina Suerz, con studio in Visco (UD), via Borgo Piave n. 35;
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento;
8. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali;
9. Il Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.
10. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese;

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____, dopo avere letto la superiore
informativa, dà il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate

Data _____ Firma Leggibile _____

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
ed il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
rispettivamente madre e padre del minore
nato a _____ il _____
dopo avere letto la superiore informativa, danno il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità
ivi indicate

Data _____ Firma Leggibile _____

Data _____ Firma Leggibile _____

LETTERA DI INCARICO

Il sottoscritto

Nato a

e residente a

in via

CF

con la presente scrittura

il

cap

DICHIARA

1. di voler affidare alla Dott.ssa VALENTINA SUERZ l'incarico professionale atto alla valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici per l'elaborazione di un piano nutrizionale personalizzato. Il presente incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta;

2. 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;

3. di essere stato informato che il compenso per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico, la Dott.ssa Valentina Suerz, è pari a:

- visita medica + piano dietetico/consigli nutrizionali personalizzati **150 euro**;

- controlli successivi **77 euro** (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) – si rammenta che la mancata partecipazione ai controlli calendarizzati per almeno

- visita medica con elaborazione ex novo di un piano alimentare: **150 euro**;

- dopo 3 mesi di assenza ai controlli calendarizzati, presupposte variare le condizioni cliniche del paziente, sarà necessaria una nuova visita medica con elaborazione di un nuovo piano alimentare con un compenso pari al costo della prima visita.

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.

4. 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;
- 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.

Prendo atto che la Dott.ssa VALENTINA SUERZ è attualmente assicurata per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita polizza n. **RCM00010026242** contratta con la compagnia assicurativa AmTrust con limite di indennizzo pari ad euro 5000.000 (in lettere) cinquemilioni/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

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto

Nato a

e residente a

in via

CF

con la presente scrittura

il

cap

dichiara

di essere stato opportunamente informato in data odierna, così come previsto dal codice deontologico medico, in merito al ruolo della visita medica finalizzata alla valutazione dei fabbisogni nutrizionali ed energetici e ne autorizza l'esecuzione al fine di predisporre un piano nutrizionale ottimale alle proprie condizioni di salute con eventuale prescrizione di integratori e/o farmaci quando ritenuti indispensabili.

A tale riguardo, dichiara di aver ben capito l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, le controindicazioni ed i possibili effetti collaterali della terapia.

Data

Firma leggibile

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 12 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.