

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	DRQ006-O-002	
	RICHIESTA DIETA SPECIALE	Rev.00 del 01/02/16	Pag. 1 di 1

Al Responsabile della Cucina _____
per conoscenza agli OSS

RESIDENZA _____

Per il Sig. /la Sig.ra _____

Allergica a: _____

si richiede menù speciale per i pasti principali:

- Dieta in bianco
- Dieta semiliquida
- Dieta solido morbida
- Dieta semisolida
- Dieta priva di _____
- Altro: _____

- Dieta ipoglicidica (su prescrizione medica, di cui si allega copia)
- Dieta ipercalorica (su prescrizione medica, di cui si allega copia)
- Dieta ipocalorica (su prescrizione medica, di cui si allega copia)
- Dieta iposodica (su prescrizione medica, di cui si allega copia)
- Altro: _____

Le indicazioni sopra riportate decorrono dal giorno _____ al giorno _____ salvo diverse indicazioni.

Data _____

Firma Infermiere
