

*Dr. Luca Agostini*  
*Biologo nutrizionista*  
Cell. 3452247809 mail: agostininutrizionista@gmail.com

## **Modulo Anamnesi Personale ed alimentare**

### **Dati personali**

**Nome e**

**cognome** \_\_\_\_\_

**Sesso M F**

**Nato a** \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

**residente in** \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_

**Via**

\_\_\_\_\_ **N.** \_\_\_\_\_

### **Anamnesi corporea familiari:**

**Padre** \_\_\_\_\_

**Madre** \_\_\_\_\_

**Fratelli-Sorelle** \_\_\_\_\_

**Coniuge** \_\_\_\_\_

**Figli** \_\_\_\_\_

### **Anamnesi personale fisiologica**

**Peso al momento della prima visita** \_\_\_\_\_ **Kg**

**Altezza** \_\_\_\_\_ **cm**

**BMI** \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa** \_\_\_\_\_ **mmHg**

**Come si considera:**  sottopeso  normopeso  sovrappeso

**In passato ha seguito delle terapie dietetiche:** SI NO

**Storia del peso**

---

---

---

---

**Attività lavorativa svolta**

per ore al giorno \_\_\_\_\_

**Il lavoro le crea dello stress?**

---

---

---

**Attività fisica svolta**

**Giorni della settimana e quante ore**

**Risulta essere un'attività:**

dilettantistica  professionistica

**Abitudine al fumo:** SI NO

**Da quando \_\_\_\_\_**

**n° sigarette al giorno \_\_\_\_**

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

**Quanti pasti consuma al giorno? \_\_\_\_\_**

**In base al proprio lavoro mangia a casa o fuori? Si prepara il cibo a casa o si rivolge ad mense/ ristorazione collettiva? Se sì indicare in quali giorni.**

---

---

---

---

**Le piace mettersi ai fornelli e prepararsi le vivande?**

SI NO

**Regimi alimentari particolari:  Vegano  Vegetariano**

Crudista  Per condizione religiosa

Altro da specificare

---

---

**Diuresi:  Normale  Oliguria  Poliuria  Anuresi**

Nicturia  Enuresi

## **Annotazioni:**

---

**Assunzione di alcolici:**  **Si**  **No**

**Tipo di alcolico** \_\_\_\_\_

**Quantità al giorno/ week-end**

---

**Intestino:**  **Regolare**  **Stipsi**  **Diarrea**

**in ogni caso specificare il n° di volte al giorno/ settimana**

---

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

**Come definirebbe la qualità del sonno?**

**Buona**  **Mediocre, mi alzo stanco**  **Pessima, soffro d'insonnia**

**Ciclo mestruale:**  **Regolare**  **Assente**  **Menopausa**

**Attualmente è in condizione di gravidanza/allattamento?**

**SI**  **NO**

**Ha sofferto di diabete gestazionale?**

**SI**  **NO**

**MOTIVO DELLA VISITA**

---

---

---

**Anamnesi patologica prossima e remota**

**Condizioni Patologiche**

- Pressione sanguigna bassa**  **Pressione sanguigna elevata**
- Celiachia**  **Diabete**  **Problemi cardiaci**  **Dispnea**
- Trigliceridi alti**  **Colesterolo alto**  **Iperglicemia**
- Obesità**  **Sindrome dell'ovaio policistico**  **Ipotiroidismo**
- Ipertiroidismo**  **Sindrome del colon irritabile**  **Tumore**
- Gastrite da Helicobacter Pylori**  **Malattie autoimmunitarie**  **Depressione, ansia ed attacco di panico**
- Insufficienza renale**  **calcoli renali**  **calcoli biliari**
- DCA:**  **anoressia**  **bulimia**  **disturbo da alimentazione incontrollata**
- Altre patologie**

---

---

---

**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  
Quanto sale usa in cucina? \_\_\_\_\_**

**Aggiunge spesso dolcificanti negli alimenti e quali?**

---

**Consuma abitualmente bibite e bevande industriali?**

---

**Mangia dolci e snack industriali e con quale frequenza?**

---

**Utilizza spezie nelle preparazioni?**

---

---

**Momento della giornata in cui si ha più fame?**

---

**Accade che le sopraggiungano delle crisi di fame e a che intensità?**

---

---

**Quando si siede a tavola mangia con calma? Utilizza il cellulare o risulta comunque distratto nel mentre?**

---

---

---

**Quanti caffè/ tè consuma nell'arco della giornata e più o meno in che ore?**

---

---

---

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

---

---

---

---

**(verdure, ortaggi, legumi)**

---

---

---

---

**(frutta fresca e secca)**

---

---

---

---

**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 al Dr. Luca Agostini 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, complicanze 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 al Dr. Luca Agostini gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente il Dr. Luca Agostini 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 al Dr. Luca Agostini 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 il Dr. Luca Agostini chiede un compenso di .... € per la prima visita e di ....€ per i successivi controlli nei soggetti con patologie/intolleranze o allergie e negli sportivi e di .....€ per la prima visita e ....€ per i successivi controlli nei soggetti sani che richiedono una semplice perdita di peso.**

**Per eventuali prestazioni specifiche diverse da quelle indicate nella presente lettera di incarico, i corrispondenti compensi verranno determinati sulla base di ulteriore accordo tra le parti;**

**5. ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003, autorizzo il Dr. Luca Agostini 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.**

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

**Data \_\_\_\_\_**

**Firma del paziente**

**Firma del Dr. Luca Agostini**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In caso di minore, il consenso è firmato dal sottoscritto/a (madre/padre) del paziente \_\_\_\_\_**