

Dati anagrafici

cognome				nome				Data di nascita		
indirizzo								N°		
cap			località					Prov.		
Cod. fisc.				e-mail:				tel/cell		

N.B.: I dati anagrafici sono essenziali per l'emissione della Ricevuta Sanitaria.

Dati bioantropometrici

Età			Peso Kg			Altezza cm			BMI%			BFI%			BWI%		
Crf vita			Crf fianchi			Crf collo			Crf cosce								
Attività fisica: leggera			moderata			intensa			Sport praticati:								
Sport livello amatoriale						Sport livello agonistico											
Abitudini alimentari																	
Alimenti graditi:																	
Alimenti non graditi:																	

- Crf = circonferenza
- BMI Indice di massa corporea - facoltativo
- BFI Indice di massa grassa - facoltativo
- BWI Percentuale di acqua - facoltativo

N.B.: Gli altri parametri sono obbligatori; indicare con una ics l'attività fisica corrispondente

Dati medico-clinici

Esami ematici essenziali

Emocromo	GR			Hg			GB			Neut			PLT		
Glicemia	GOT/AST		GPT/ALT		Creatinina		Uricemia								
Colesterolo	Trigliceridi		esame urine				PH urine								

GR= globuli rossi o RBC; Hg= Emoglobina; GB= globuli bianchi o WBC; Neut= neutrofilo; PLT= piastrine.
Esame urine riportare solo i valori NON normali, altrimenti scrivere "NEGATIVO"

1. Dichiarazione di originalità dei dati

Consapevole dell'importanza dei dati richiesti per la terapia dimagrante del programma Kediep, **dichiaro** che i dati personali da me forniti in questo documento risultano aggiornati, reali, originali ed esclusivamente a me riferiti.

Data _____

Firma _____

2. Consenso al trattamento dei dati personali.

dichiaro di essere stato sufficientemente informato su:

- le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività inerenti al trattamento medico dimagrante svolte dal medico a tutela della propria salute;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Per cui esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini medici per la terapia dimagrante da me richiesta e cura al Dr Marco Membrino

Data _____

Firma _____

3. consenso informato KedieP

Il programma dimagrante online KEDIEP è una dieta a bassissimo contenuto calorico (VLCD) ad esclusivo indirizzo medico; articolato in 2-3 fasi personalizzate.

1. Fase 1° A dieta oloproteica a bassissimo contenuto calorico (VLCD) <500Kcal di 15gg costituito da:
 - contenuto glucidico <10gr/die
 - contenuto lipidico <10gr/die (grassi mono e polinsaturi)
 - contenuto proteico personalizzato secondo la formula di Lorenz con gli alimenti proteici
 - integrazione aminoacidica con integratore AMINOACIDICO in bustine, pool di 12 aminoacidi ramificati essenziali
 - integrazione vitaminica, di sali minerali alcalinizzanti e di drenanti contenuti in integratori.
2. Fase 1° B dieta di mantenimento a VLCD <500 Kcal/die di 10gg solo se segue secondo ciclo di dieta oloproteica (fase 1° A)
3. Fase 2° dieta ipo-isocalorica di tipo mediterraneo che ha lo scopo di evitare la ripresa del peso, migliorare lo stato di salute ed educare il paziente ad una corretta alimentazione.

PREMESSO CHE

1. Sono cosciente che è mia responsabilità seguire attentamente e scrupolosamente le istruzioni e non modificando in alcun particolare le istruzioni del medico; in particolare mi impegno formalmente a seguire senza alcuna eccezione le prescrizioni dietetiche e ad assumere con precisione e puntualità tutti gli integratori prescritti, poiché solo in tal modo il protocollo dietetico assumerà i requisiti di sicurezza ed efficacia.
2. Attuerò, così come prescritto dal medico, un programma di attività fisica, che in ogni caso durante la dieta oloproteica sarà esclusivamente di tipo aerobico.
3. Mi impegno a riferire al medico ogni problema significativo che possa essere collegato al mio programma dimagrante.
4. Sono consapevole che il fine del programma KedieP è il dimagrimento ed il mantenimento del peso.
5. Sono a conoscenza che esistono altri modi e procedure che mi possono assistere nel desiderio di dimagrimento senza l'uso di una dieta Oloproteica (dieta VLCD a bassissimo contenuto calorico).
6. Questo consenso è dato con la consapevolezza che una dieta oloproteica (VLCD), in particolare anche se attuato con precisione il protocollo, può comportare dei rischi; di essi i più comuni includono:
 - Vertigini, ipotensione ortostatica, nausea, tachicardia;
 - Affaticamento (stanchezza);
 - Stipsi (stitichezza);
 - Mal di testa;
 - Crampi muscolari, tremori, palpitazioni;
 - Alitosi.



Programma Kediep

mod. A

diet online

7. Sono consapevole che il sovrappeso o l'obesità può causare l'ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari; so che questi rischi possono essere modesti, ma possono peggiorare se continuo ad aumentare di peso.
8. Sono consapevole che molto del successo dipenderà dalla mia capacità di seguire il programma e che per mantenere il peso raggiunto dovrò fare regolare attività fisica e modificare il mio stile di vita.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

in vista dell'attuazione del programma dimagrante online Kediep (Ketogenic diet program), perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico da me richiesto,

DICHIARO

Di aver letto e pienamente compreso questo consenso informato, so che non dovrei firmarlo se tutto ciò che contiene non mi è stato spiegato e ogni mia domanda non è stata risolta in modo soddisfacente. Sono stato/a invitato/a a prendermi tutto il tempo necessario per leggere e comprendere questo consenso e parlare con il medico riguardo ai rischi associati al trattamento con la dieta oloproteica.

Sono stato/a sollecitato/a a porre qualsiasi eventuale domanda circa vantaggi, svantaggi e rischi della dieta oloproteica prima di firmare il consenso.

Dopo essere stato adeguatamente informato, acconsento a intraprendere la dieta oloproteica.

Data _____ Firma _____

dott Marco Membrino

Dopo aver incoraggiato il/la paziente a porre qualsiasi domanda su questo consenso e aver risposto a tutti i quesiti che lui/lei mi ha posto, ritengo che il/la paziente sia stato adeguatamente informato riguardo ai benefici e ai rischi associati con la dieta oloproteica (VLCD).

Data _____ Firma del Medico _____

Il presente documento, nominato Mod.A, si compone di N° 3 pagine adeguatamente numerate; dopo che è stato compilato e firmato in tutte le sue parti deve essere rispedito mezzo:

- e-mail a: moduli@kediap.com
- fax allo 0859432489
- posta ordinaria a Dr Marco Membrino- Largo Santa Filomena, 4 65123 PESCARA

N.B.: Si ricorda che per essere valido il documento deve essere opportunamente compilato e firmato in tutte le sue parti.

dott Marco Membrino

