

ANMELDEBOGEN**Ernährungsberatung**

ANGABEN ZUR PERSON

Name/ Vorname: _____

Anschrift: _____

Plz, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____ Fax: _____

PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Familienstand: _____ Kinder (Alter): _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Vorerkrankungen: _____

Behandelnder Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Empfehlung durch: _____

Grund der Konsultation: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und melde mich verbindlich zur Ernährungsberatung (gemäß §20 SGB V) bzw. zur ernährungstherapeutischen Maßnahme (gemäß §43 SGB V) an, mit Übernahme der anfallenden Kosten.

Termine, die von mir nicht eingehalten werden können, müssen **spätestens 24 Stunden vorher** abgesagt werden. Andernfalls wird eine Ausfallgebühr in Höhe von **€ 35,00** in Rechnung gestellt.

Ort/ Datum:_____
Unterschrift Klient/in

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt

Frau/ Herrn: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

Stefanie Dambach, Ernährungswissenschaftlerin, Klostersgarten 5a, 79341 Kenzingen,

bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Hiermit entbinde ich **Frau Stefanie Dambach** von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber meines behandelnden Arztes (s.o.) bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

- 1) Die gesetzlichen Krankenkassen können bis zu 3 Termine für Ernährungsberatung und bis zu 5 Termine für ernährungstherapeutische Maßnahmen bezuschussen. Dies hängt allerdings von der jeweiligen Krankenkasse ab. Der Klient/die Klientin ist verpflichtet, sich **selbst vorab** bei seiner Krankenkasse zu erkundigen, ob und in welcher Höhe die Ernährungsberatung/ ernährungstherapeutischen Maßnahmen bezuschusst werden. Falls ein Kostenvoranschlag gefordert wird, wird dem/r Klienten/in einer zugesandt.
- 2) Der Klient/die Klientin akzeptiert mit seiner/ihrer Unterschrift die Honorarvereinbarung und verpflichtet sich, die Kosten unabhängig von der Erstattung durch seine/ihre Krankenkasse/Private Krankenversicherung zu begleichen.
- 3) Das Beratungshonorar für das Erstgespräch ist vom Klienten/der Klientin direkt **am Ende** des Gespräches in **bar und ohne Abzüge** zu bezahlen.
- 4) Das Beratungshonorar der Folgetermine ist vom Klienten/der Klientin **immer am Ende einer Beratungsstunde in bar und ohne Abzüge zu bezahlen**. Die Kosten für Zusatzposten, werden **ebenfalls am Ende der Beratungsstunde in bar bezahlt**. Die Höhe der zu erwartenden Kosten wird mit dem Klienten/der Klientin immer in der vorherigen Beratungsstunde besprochen. Die erbrachten Barzahlungen werden von mir (Stefanie Dambach) quittiert.
- 5) Nach Beendigung des Beratungszyklus erhält der Klient/die Klientin eine Aufstellung der insgesamt angefallenen Kosten (Gesamtrechnung), die er/sie bei der Krankenkasse, bzgl. einer möglichen Kostenerstattung, **selbst** einreichen kann.
- 6) Vereinbarte Termine müssen vom Klienten/der Klientin **spätestens 24 Stunden vorher** abgesagt werden. Andernfalls wird dem Klienten/der Klientin eine Terminausfallgebühr in Höhe von **35,00 Euro** in Rechnung gestellt.
- 7) Im Gegenzug muss ein Termin, der von **esszeit Ernährungsberatung** kurzfristig abgesagt werden muss, zeitnah und in vollem Umfang nachgeholt werden.

Hiermit akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von **esszeit Ernährungsberatung**.

Ort, Datum

Unterschrift Klient/in