

## Anmeldung zur Ernährungstherapie / Ernährungsberatung

Name, Vorname

geboren am

Ort, Strasse, Hausnummer

Telefon-Nr.

e-mail

Behandelnder Arzt (bitte Name und Adresse)

Krankenkasse

**Grund der Konsultation:** (Diagnose, Ihre Beschwerden, Wünsche für die Beratung ...)

### Patientenerklärung / Abtretungserklärung:

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden, entsprechend dem Kostenvoranschlag, mit 98,00 € pro Termin incl. Vor- und Nachbereitungszeit vereinbart, Beratungsbedarf, der eine reine Gesprächsdauer von 45 Minuten übersteigt, wird zusätzlich mit 24,50 € pro 15 Minuten berechnet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Auszahlungen der KV direkt an mich nur gegen Vorlage des Bankbeleges bzw. der Barquittung erfolgt. Diese Unterschrift gilt ggf. ausdrücklich auch als Abtretungserklärung gegenüber den Krankenkassen.

Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 1 Werktag (>24 h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch / per mail / per Fax vorzunehmen, es sei denn ein ärztliches Attest liegt vor. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können.

Ich erkläre mich damit einverstanden für eine Beratung via Video-Chat ggf. ZOOM zu nutzen.

Die Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt und habe ich zur Kenntnis genommen.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit Ihnen einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift