

Anmeldung zur Ernährungsberatung/Ernährungstherapie

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____ Geburtstag: _____

Familienstand: _____ Kinder _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf/Tätigkeit (sitzend/stehend/viel Bewegung...) _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name/Menge/Medikationsplan?): _____

Treiben Sie Sport? (Was, wie oft?) _____

Krankenkasse: _____

Name des Versicherten: _____ Versicherten – Nr.: _____

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____ EMail: _____

Grund der Konsultation (beschreiben Sie Ihre Beschwerden, Wünsche für die Beratung):

Patientenerklärung:

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart:

- **Erstanamnese** (15 Min Vor- /Nachbereitungszeit, 90 Min Gesprächszeit, ärztliche Übergabe, Herstellernachfragen, Recherche, Auswertung Ernährungsprotokoll): 160,00 €
- **Beratung/Therapie** (15 min Vor- / Nachbereitung, 60 min Gesprächszeit): 80,00 €
- **Ernährungsphysiologische Auswertung** des Ernährungstagebuchs nach Zeitaufwand, mindestens 70,00 €
- Anfahrtskosten für die **Hausbesuche** werden mit 0,30€ je gefahrenem km verrechnet

Eine evtl. notwendige **Terminänderung** ist spätestens 1 Werktag (>24h) vor dem vereinbarten Termin in der Praxis telefonisch/per Mail/ Messenger vorzunehmen. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit einem Ausfallhonorar von 35,- in Rechnung gestellt werden.

Es kann eine Ratenzahlung vereinbart werden.

Mit der **automatischen Erfassung meiner Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. h) in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG.** zur ausschließlichen Verwendung im Rahmen der Ernährungstherapie bin ich einverstanden. Ein Informationsblatt zur DSGVO habe ich erhalten.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde meinen behandelnden Arzt/Ärztin _____ von der ärztlichen Schweigepflicht, so dass Frau Sonja Pöhls Einsicht in die ärztlichen Unterlagen nehmen kann und umgekehrt, um so alle notwendigen Daten und Laborwerte zu erhalten, die für die therapeutischen Beratungen und Austausch wichtig sind.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____