

Anmeldung zur Ernährungstherapie

Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (tagsüber): _____

Mobil: _____

E-Mail: _____ @ _____

Weitere persönliche Angaben:

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____ Anz. Kinder: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Ordinationsgrund: _____

(bitte beschreiben Sie Ihre Wünsche für die Beratungen)

Medikamente: _____

(bitte geben Sie Namen und Dosierung an)

Behandelnder Arzt: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich melde mich verbindlich zur Ernährungstherapie und der Übernahme der anfallenden Kosten an. Die Kosten betragen 67,50 EUR/Erstberatung (60 Min.) und 47,50 EUR/Folgetermin (30-45 Min.).¹

Der Rechnungsbetrag ist monatlich und vollständig fällig.

Ich bin darüber informiert, dass Terminabsagen spätestens 48 Stunden vorher telefonisch erfolgen müssen. Anderenfalls werden 80% einer Erstberatung in Rechnung gestellt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Entbindung von der Schweigepflicht/Datenschutz

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte und Frau Silke Hölzer von der Schweigepflicht bezüglich der von mir in Anspruch genommenen Ernährungstherapeutischen Beratung. Sodass bewhatyoueat.de Einsicht in meine ärztlichen Unterlagen erhalten kann, sofern dies für die ernährungstherapeutische Betreuung notwendig ist.

Ich bin darüber informiert, dass meine persönlichen Daten in der Praxis gespeichert werden und zur Antragstellung, bzw. zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse, ebenso wie zur Berichterstattung an meine behandelnden Ärzte weitergeleitet werden können. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (www.bewhatyoueat.de oder Aushang Praxis) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

¹ Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 SGB V mit ärztlicher Bescheinigung ist von der MwSt befreit.