

Anmeldung zur Ernährungsberatung

(vom Patienten auszufüllen)



Frau

Herr

Name, Vorname

Geborgen am

Straße, Hauser.

PLZ, Ort

Festnetz-Nr.

Mobilfunk-Nr.

Wann sind sie erreichbar?

E-Mail zur Behandlungsinformation

Versicherten-Nr.

Krankenkasse gesetzlich/privat

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten

Name des behandelnden Arztes

Name der Praxis/Adresse

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit entbinde ich meine Ernährungsfachkraft von der Schweigepflicht gegenüber meines behandelnden Arztes/meiner behandelnden Ärztin bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung. Ebenso entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der mich beratenden Ernährungsfachkraft bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Kosten:

Eine klassische Ernährungsberatung kostet 90,00 € pro Zeitstunde. Die Beratung nach § 43 SGB V (Therapie) dauert ca. 3 - 3,5 Zeitstunden, verteilt über mehrere Termine. Zumeist übernehmen die Kassen einen Großteil der Kosten. Jede Kasse entscheidet jedoch nach Einzelfall. Wird nach § 20 SGB V (Prävention) beraten, fallen durchschnittlich 2 Zeitstunden an, die üblicherweise auch zum Großteil von den Krankenkassen bezuschusst werden, auch hier gilt der Einzelfall.

Bitte beantragen Sie für mich eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse

Bei Verhinderung bitten wir Sie, uns telefonisch oder per E-Mail spätestens 24 Stunden im Voraus zu informieren. Andernfalls behalten wir uns vor, den vollen Preis zu berechnen.

AGB & Datenschutz:

Ich willige ein, dass meine Ernährungsfachkraft die im Rahmen der Ernährungsberatung erhobenen Daten nach Maßgabe der Ziffer 3.2. der Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Meine Daten werde nicht für Werbezwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben, siehe hierzu Abschnitt 4 der Datenschutzbestimmungen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/-therapie an. Die Datenschutzbestimmungen sowie die AGB habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, gesetzl. Vertreter/in)