



Anmeldung zur Ernährungstherapie / Ernährungsberatung

Name, Vorname

geboren am

Adresse

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 des Kostenvoranschlages, mit **90,00 € pro Termin** incl. Vor- und Nachbereitungszeit vereinbart, Beratungsbedarf, der die Gesprächsdauer von einer Stunde übersteigt, wird zusätzlich anteilig 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, sofern diese akzeptiert wird.

Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 1 Werktag (>24 h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch, per E-Mail oder 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.

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

Ort, Datum

Unterschrift

© K. Gerling 2020