

## 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 92,00 € pro Termin incl. Vor- und Nachbereitungszeit vereinbart, Beratungsbedarf, der eine reine Gesprächsdauer von einer Stunde übersteigt, wird 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.

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.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift