

# Teilnahmeerklärung für Einzelberatung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ (dienstl.) \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Vertragsgegenstand

Ernährungsberatung/ -therapie ( \_\_\_\_\_ Sitzungen)

Ein gebuchter Termin ist für den Kunden reserviert. Wird der Termin nicht 24h vorher abgesagt und/ oder der Kunde erscheint nicht, werden die Beratungsgebühren (aktuelle Gebührenliste) voll fällig.

## Kosten

Erstberatung (60 Min.)	90 €	( ___ X)
Folgeberatung(en) (45 Min.)	60 €	( ___ X)

**Gesamtkosten** \_\_\_\_\_ €

## Zahlungsweise

Ich zahle

den Gesamtbetrag bar/ Überweisung im Voraus auf folgendes Konto: Sparkasse Trier  
BLZ: 585 501 30 – Konto: 106 011 0 - IBAN: DE75 5855 0130 0001 0601 10

den jeweiligen Beratungstermin bar oder via EC-Karte am Termin selbst

## Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme

Ich nehme an der Beratung freiwillig und eigenverantwortlich teil. Ich bin mir dessen bewusst, dass eine Ernährungsumstellung Motivation und Konsequenz von meiner Seite voraussetzt.

Ich verpflichte mich, vollständige Angaben bezüglich etwaiger Vorerkrankungen, aktueller Krankheiten, Medikationen und sonstiger ärztlicher Behandlungen sowie Diäten und anderer Ernährungsberatungen zu machen.

## Kostenübernahme Krankenkasse

Eine eventuelle Rückerstattung der mir entstandenen Kosten kläre ich selbständig mit dem Sachbearbeiter meiner Krankenkasse ab. Rechnungen/ Teilnahmeerklärungen für die Krankenkassen, werden nach Beendigung aller vertraglich vereinbarten Beratungseinheiten erstellt.

## Rechtliches

- Ich bin darüber informiert, dass eine Ernährungsberatung keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen kann.
- Bei gesundheitlichen oder finanziellen Folgeschäden kann die Beraterin nicht zur Rechenschaft gezogen werden.

## Entbindung der Schweigepflicht (*während des Beratungszeitraums*)

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und andere Therapeuten von der Schweigepflicht gegenüber dem Ernährungsberater/-therapeuten und meinen Ernährungsberater/-therapeuten gegenüber meinen Ärzten/ Therapeuten.

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

Es gelten die Vereinbarungen der separaten „Einwilligung zu Datenverarbeitung“.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kunden \_\_\_\_\_