

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

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

Ich bin mit der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Eine Übermittlung meiner Daten an Dritte darf nur mit meiner Zustimmung erfolgen. Insbesondere bin ich mit der Verarbeitung folgender gesundheitsbezogener Daten einverstanden, die den Verlauf und die Wirksamkeit der Behandlung dokumentieren: z.B. körperliche Messgrößen wie Gewicht und Größe, BMI, Körperzusammensetzung, Laborwerte, Krankheitssymptome. Dabei bin ich mir bewusst, dass es sich bei gesundheitsbezogenen Daten um besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes handelt und diese gesetzlich besonders geschützt werden, sodass ich der Verarbeitung dieser Daten ausdrücklich zustimme, jedoch auch jederzeit widerrufen kann.

Datum _____

Unterschrift des Kunden _____

Unterschrift der Beraterin _____