

## ANMELDUNG

### ALLGEMEINE DATEN:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

### PERSÖNLICHE DATEN:

Geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Bewegung / Aktivität: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie oft / Woche? \_\_\_\_\_

GRUND DER KONSULTATION (beschreiben Sie Ihre Beschwerden, Wünsche für die Beratung):

\_\_\_\_\_

MEDIKAMENTE (Name / Dosierung; bitte alle angeben):

\_\_\_\_\_

ÜBERWEISENDER ARZT (bitte Name und Adresse):

\_\_\_\_\_

### PATIENTENERKLÄRUNG

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart:  
Erstberatung (15 Min. Vor-/Nachbereitungszeit / ärztliche Übergabe / 45 Min. Gesprächszeit): 70,00€\*  
Folgeberatung (20 Min. Gesprächszeit): 40,00€\*

Sie gehen bei der Bezahlung in Vorleistung, das heißt ich rechne nach jeder Beratung mit Ihnen ab. Sie erhalten dann eine Rechnung, die gleichzeitig als Quittung und Teilnahmebescheinigung für Ihre Kasse dient. Diese reichen Sie bei Ihrer Krankenkasse ein, um die bewilligten Kosten erstattet zu bekommen. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 1 Werktag vor dem vereinbarten Termin telefonisch / per E-Mail vorzunehmen, es sei denn ein ärztliches Attest liegt vor. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

\*Bei einer Ernährungstherapie nach § 43 SGB V auf ärztliche Anweisung fällt keine MwSt. an.

### SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich befreie meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, so dass dieser Frau Sabine Ortmann, zertifizierte Dipl. Oecotrophologin, Einsicht in meine relevanten ärztlichen Unterlagen gewähren kann, um so alle notwendigen Daten und Laborwerte zu erhalten, die für die ernährungstherapeutischen Beratungen wichtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift