

Anmeldung zur Ernährungstherapie

Allgemeine Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Daten:

Größe: _____ Gewicht: _____ kg Beruf: _____

Sind Sie sportlich oder aktiv? ja nein Haben Sie orthopädische Bewegungseinschränkungen? ja nein

Grund der Konsultation: (Welche Beschwerden? Welchen Wunsch an die Beratung haben Sie?)

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(Name und Dosierung. Ggf. einen Medikamentenplan, vorliegende medizinische Berichte und Laborbefunde zum Beratungstermin mitbringen)

Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____ / _____

Patientenerklärung

Die **Gebühren** für ernährungstherapeutische Beratungsleistungen (nach § 43 Satz 1 Nr.2 SGB V) berechnen sich gemäß dem mir separat vorliegenden **Kostenvoranschlag**:
Erstberatung **50 min. zu je 80 €**, Folgeberatung **25 min. zu je 40 €**, **Gesamtkosten: 240,00 €**.

Die Leistungen werden bei Abschluss der Ernährungstherapie entsprechend des tatsächlich benötigten Zeitaufwandes abgerechnet und durch die Ernährungstherapeutin Manuela Marth in Rechnung gestellt.
Der Rechnungsbetrag ist nach Zahlungsaufforderung fällig.

Eine eventuell notwendig werdende **Terminänderung** ist spätestens einen Werktag bis 24 h vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per E-Mail vorzunehmen. Unentschuldigte, nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in voller Höhe privat in Rechnung gestellt.

Für den Verlauf und Erfolg der Maßnahme trägt nicht allein die Ernährungstherapeutin bei, sondern im Wesentlichen meine eigene Initiative und Eigenverantwortung.

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung / Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Manuela Marth notwendige ärztliche Unterlagen (Laborwerte, Befunde, Berichte etc.) anfordern kann, die die erforderliche Grundlage einer qualifizierten ernährungstherapeutischen Beratung bilden.
Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass Frau Marth meinen behandelnden Arzt über die Behandlungsergebnisse informieren darf. Hiermit entbinde ich meinen o.g. behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Die Hinweise zur EU-Datenschutzgrundverordnung (Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 b gem. Bundesdatenschutzgesetz) habe ich zur Kenntnis genommen und eingewilligt. Mit einer elektronischen Datenerfassung und Datenspeicherung bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass nach Absprache Termine auch telefonisch oder telemedizinisch stattfinden können, ich kontaktiert werden kann und Daten zu Verwaltungszwecken gespeichert werden.

Anbieter: „**DoctorBox.de**“ einer Videosprechstunde (Datenschutz zertifiziert, datenschutz cert GmbH, und von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als zertifizierter Videodienstleister zugelassen.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname: _____

Fragebogen zur Gesundheit (zutreffendes bitte ankreuzen):

Haben Sie ...

- zu hohem Blutdruck - wenn ja, welchen Wert: _____/_____
 - eine Fettstoffwechselstörung: zu hohes Cholesterin / Triglyceride / LDL oder niedriges HDL
 - Diabetes mellitus
 - eine Erkrankung des Herzens: - wenn ja, welche Diagnose: _____
 - eine Erkrankung der Schilddrüse
 - Gicht, erhöhte Harnsäurewerte
 - Osteoporose
 - Zöliakie / oder Gluten- bzw. Weizensensitivität
 - Allergien: Pollen / Tierhaare / Lebensmittel : _____
 - Laktose-Intoleranz (Milchzucker-Unverträglichkeit)
 - Fruktose-Malabsorption (Fruchtzucker-Unverträglichkeit)
 - Reizdarmsyndrom mit Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen
 - Entzündung der Speiseröhre - des Magens (Gastritis) - Sodbrennen
 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn - Colitis Ulcerosa)
 - Divertikulose / Divertikulitis
 - Kurzdarmsyndrom
 - Entzündung der Bauchspeicheldrüse
 - Tumorleiden (auch Gewichtsverlust)
 - Lungenerkrankung / Asthma
 - Nierenerkrankung
 - Lebererkrankung
 - Rheuma
 - Arthrose
 - eine seelische Krankheit
 - SONSTIGES:** _____
-