

Manuela Marth

Ernährungsberaterin Bachelor of Arts • Zertifizierte Ernährungsberaterin Deutsche Gesellschaft für Ernährung

Anmeldung zur Ernährungstherapie

Allgemeine Daten:

Name, Vorname: _____ geb. _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Daten:

Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

Treiben Sie Sport? ja nein Haben Sie orthopädische Bewegungseinschränkungen? ja nein

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

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

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

Behandelnder Arzt: _____

Patientenerklärung Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen (nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V) berechnen sich gemäß dem mir vorliegenden Kostenvoranschlag. Sie werden bei Abschluss der Ernährungstherapie durch die Ernährungsberaterin Manuela Marth in Rechnung gestellt. Der Rechnungsbetrag ist unmittelbar nach Zahlungsaufforderung fällig.

Eine evtl. notwendig werdende Terminänderung ist spätestens einen Werktag (24 h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per E-Mail vorzunehmen, es sei denn, ich lege ein ärztliches Attest vor. Unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir in Höhe von 20 Euro privat in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben. Mit einer elektronischen Datenerfassung und Datenspeicherung bin ich einverstanden. Für den Verlauf und Erfolg der Maßnahme trägt nicht allein der Berater bei. Nur durch meine eigene Initiative und Eigenverantwortung komme ich zum Erfolg.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung / Datenschutz

Hiermit entbinde ich meinen o.g. behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht. 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 einverstanden, dass Frau Marth meinen behandelnden Arzt über die Behandlungsergebnisse informieren darf.

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Ernährungspraxis Marth

Postfach 23 08 • 56513 Neuwied • Telefon: (0160) 40 81 731
www.ernaehrungspraxis-marth.de • Email: ernaehrungspraxis-marth@web.de

IBAN: DE10 3006 0601 0007 8369 96 • BIC: DAAEDEDXXX • Deutsche Apotheker- und Ärztekbank