

Anmeldebogen zur Ernährungsberatung/-therapie

Name, Vorname Patient/in:

Geschlecht: weiblich männlich divers

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r:

Sie oder Du? Du Sie

Wichtig für Kontaktaufnahme, Terminkoordination, Behandlungsinformation, Rechnungsversand

Mobilfunknummer:

Festnetznummer:

E-Mail Adresse:

Name Krankenkasse:

Gesetzlich versichert: Privat versichert:

Versichertennummer:

Überweisende Praxis/ verordnende/r Ärztin/Arzt:

Grund der Beratung / Therapie:

Vorliegende Erkrankungen:

Das erhoffe ich mir von der Ernährungsberatung/ -therapie:

Bis zur Wahrnehmung des ersten Termins entstehen mir keinerlei Kosten.

Ich gehe weder mit der Anmeldung, der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung noch mit dem Antrag bei der Krankenkasse eine Zahlungsverpflichtung ein.

Die Absage eines vereinbarten Termins hat mindestens 24 Std. im Voraus telefonisch/per SMS oder per E-Mail zu erfolgen. Andernfalls bin ich hiermit darüber informiert, dass die für die vereinbarte Beratungseinheit anfallenden Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit mein/e oben genannte/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der beratenden Fachkraft bzgl. medizinischer Daten. Ebenfalls entbinde ich Frau Susanne Küppers als qualifizierte Ernährungsfachkraft gegenüber der Ärztin/dem Arzt bzgl. der von mir in Anspruch genommener therapeutischer Beratung.

Die Datenschutzbestimmungen (s. Beiblatt) habe ich gelesen, verstanden und unterzeichnet.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungstherapie bei Susanne Küppers Ernährungsberatung an.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anmeldebogen vor dem vereinbarten Erstgespräch zusammen mit der unterschriebenen Datenschutzvereinbarung per Post oder E-Mail an mich zurück.

Alternativ können Sie sie auch zum Erstgespräch mitbringen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in; Erziehungsberechtigte/r