



Anmeldung zur Ernährungstherapie / -beratung

Angaben zur Person:

Name des Patienten: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Körperl. Aktivität/Wie oft pro Woche:

Diagnose oder Grund der Konsultation:

Einnahme von Medikamenten (Name/Dosierung bitte alle angeben):

Behandelnder Arzt:

Patientenerklärung

Für die individuelle Diättherapie entstehen folgende Kosten:
Erstberatung 60,00€ (60 Minuten) Folgeberatung 30,00- 45,00€ (30-45 Minuten), (danach wird im 5-Minuten-Takt abgerechnet, je angefangene 5 Minuten, 5,00€) , Telefonische Betreuung: 7-15,00€ (nach Zeitaufwand). BIA-Messung: 10,00€, Tagesplanberechnungen und Nährstoffanalysen nach individueller Vereinbarung. Bei nicht ärztlich verordneten Leistungen zzgl. 19% gesetzliche Umsatzsteuer. Eine eventuelle Terminänderung ist spätestens 2 Tage (Montag bis Freitag) (48h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per Email vorzunehmen. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden. Zusätzlich habe ich die Beratungsvereinbarung erhalten, gelesen und anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift:

Schweigepflichtentbindung

Hiermit befreie ich meinen behandelnden Arzt / Therapeuten und Frau Arabela Gloy von seiner / ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Frau Arabela Gloy kann alle ärztlichen Unterlagen, notwendigen Daten und Laborwerte einsehen und sich mit dem behandelnden Arzt/Therapeuten über den Behandlungsverlauf Interdisziplinär austauschen.

Ort, Datum

Unterschrift: