



Beratungsvereinbarung / Vertrag

Anbieter: Praxis für Ernährung
Bahnhofstraße 7
36364 Bad Salzschlirf

Telefon 06648 / 6284422
Mobil 0160 / 99101994
Fax 06648 / 6284423

Klient: _____

Telefon _____

Anschrift: _____

Die dittherapeutische Maßnahme wird gemäß einer artzlichen Notwendigkeitsbescheinigung durchgeführt.

Die Ernährungsberatung wird für den folgenden Schwerpunkt durchgeführt:

Die Maßnahme umfasst folgende Leistungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Umsetzung der artzlich verordneten Diättherapie | <input type="checkbox"/> Erst- und Folgeberatungen |
| <input type="checkbox"/> Beratungsgespräche | <input type="checkbox"/> Analyse eines Ernahrungsprotokolls |
| <input type="checkbox"/> EDV-gestützte Analyse des Ernahrungsprotokolls | <input type="checkbox"/> Telefon- und E-Mailbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Praktische Unterweisungen | <input type="checkbox"/> Erstellung eines Wochenspeiselans |
| <input type="checkbox"/> Einkaufstraining | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Schweigepflicht

Der Anbieter ist gemäß § 203 StGB gegenüber Dritten zur Schweigepflicht verpflichtet.
Folgende Personen und den Anbieter entbinde ich gegenseitig von der Schweigepflicht:

- Arzt Psychotherapeuten Eltern erwachsene Kinder sonstige

Name	Anschrift



Datenschutz

Für den Anbieter ist es zur ordnungsgemäßen Erbringung seiner Leistungen erforderlich, personenbezogene Daten des Patienten zu erheben und zu verarbeiten. Darüber, welche personenbezogenen Daten zu welchem Zweck und aufgrund welcher Rechtsgrundlage verarbeitet werden, wie lange sie gespeichert und an wen sie übermittelt werden und welche Rechte dem Klienten als betroffene Person zustehen, informiert der beigefügte Datenschutzhinweis.

- den Datenschutzhinweis habe ich erhalten

Dauer und Honorar:

Eine Beschreibung der Leistungen und Honorare entnehme ich den Anlagen

Erhalten habe ich

- die Allgemeinen Geschäftsbedingungen
 den Kostenvoranschlag

Für die Bezuschussung der Beratungskosten durch meine Krankenkasse bin ich selbst verantwortlich. Ich verpflichte mich zur Übernahme der anfallenden Kosten. Diese können nach Absprache vom Kostenvoranschlag abweichen.

Einen Bericht über die durchgeführte Ernährungsberatung erhalte ich bzw. mein behandelnder Arzt nach vollständiger Zahlung der Beratungsleistung.

Ich zahle:

- In bar, nach jedem Termin. Betrag in 2 Raten
 Im Voraus und profitiere von 5% Nachlass Im Voraus und profitiere von 10%
Kleingruppenrabatt

Bei Nichteinhaltung eines Termins, der nicht mind. 48 Stunden vorher abgesagt wurde, entstehen Kosten in Höhe von 20,00 EUR. Bei Terminen, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, wird die vereinbarte Beratungseinheit vollständig in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben. Mit einer elektronischen Datenerfassung und –speicherung 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 Klient/in

Ort / Datum

Unterschrift Anbieter / Beraterin