

Christiane Schäfer

Dipl.oec.troph.
Ernährungsberaterin VDO_E

Ihre Ansprechpartnerin für Ernährungsfragen und bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten

ANMELDUNG zur Ernährungstherapie / Ernährungsberatung

Beratungs-
termin am:

Allgemeine Daten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ Ort _____

Tel.: tagsüber _____ Tel: abends: _____

E-Mail/ Fax: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Daten:

Geb.Datum: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Treiben Sie regelmäßig Sport _____ Wie oft/ Woche: _____

Grund der Konsultation: (beschreiben Sie Ihre Beschwerden, Wünsche für die Beratung) _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Name/ Dosierung; bitte alle angeben):

Mein behandelnder Arzt: _____

Patientenerklärung

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstberatung (15min Vor/ Nachbereitungszeit/ ärztliche Übergabe/ 45 min Gesprächszeit): 90,00€ Folgeberatung (10 Vor-/ Nachbereitungszeit/ Herstelleranfragen/ Auswertung der Protokolle/20 min Gesprächszeit): 50,00€ Telefonische Betreuung: 7-15,00€ nach Zeitaufwand

Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48h) vor dem vereinbarten Termin in der Praxis telefonisch/per mail/ Fax vorzunehmen, es sei denn ein ärztliches Attest liegt vor. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich befreie meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, so dass Frau *Christiane Schäfer* Einsicht in die ärztlichen Unterlagen nehmen kann, um so alle notwendigen Daten und Laborwerte zu erhalten, die für die therapeutischen Beratungen wichtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

