

# Christiane Schäfer

Dipl.oec.troph. (Univ.)  
Ernährungsberaterin VDOE

Ihre Ansprechpartnerin für Ernährungsfragen und bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten

## ANMELDUNG ZUR ERNÄHRUNGSTHERAPIE / ERNÄHRUNGSBERATUNG

### Allgemeine Daten:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: tagsüber \_\_\_\_\_ Tel.: abends: \_\_\_\_\_  
E-Mail/ Fax: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beratungs-  
termin am:

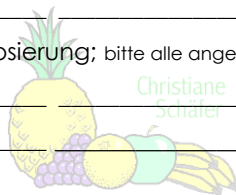
### Persönliche Daten:

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: (bitte Name und Adresse) \_\_\_\_\_



### Patientenerklärung/ Abtretungserklärung

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€.* Ich bin einverstanden, dass die Auszahlungen der KV direkt an mich nur nach Vorlage des Bankbeleges bzw. der Barquittung erfolgt. Diese Unterschrift gilt ggf. ausdrücklich auch als Abtretungserklärung gegenüber den Kassen.

Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 1 Werktag (>24h) 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 unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen wurden mir ausgehändigt und ich erkläre mich mit Ihnen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

### Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Ort, Datum

Unterschrift

Allergologische Schwerpunktpraxis • Colonnaden 72 • 20354 Hamburg



☎ 040 - 8664888-0 • 📠 040 - 8664888 - 24

www.christianeschaefer.de • 📧 info@christianeschaefer.de



## ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

**Allgemeines:** Die nachstehenden Bedingungen gelten alleinverbindlich für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Auftraggeber (im Folgenden Patient genannt) und der Praxis CS (im Folgenden Praxis CS genannt).

**Vertragsabschluss:** Der Vertrag kommt mit der schriftlichen Anmeldung des Patienten zustande. Es werden individuelle Einzeltermine vereinbart.

**Rücktritt vom Vertrag:** Die Praxis CS kann von dem Vertrag zurücktreten, wenn die Beraterin ausfällt. Storniert der Patient die Anmeldung – gleich aus welchen Gründen – so hat die Praxis CS das Recht, bis dahin angefallene Kosten als Aufwand zu berechnen, mindestens aber eine Bearbeitungsgebühr von 20 EUR zu verlangen. Termine, die nicht eingehalten oder nicht rechtzeitig vorher abgesagt werden, können dem Patienten mit einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 50 % des entgangenen Beratungshonorars in Rechnung gestellt werden. Absagen sind rechtzeitig bis mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin schriftlich oder telefonisch vorzunehmen.

**Gegenstand des Vertrages:** Die Beratungsleistungen ersetzen keine medizinische Diagnose, Beratung und Behandlung durch den Arzt. Trotz größter Sorgfalt kann keine Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit der gegebenen Informationen durch die Praxis CS übernommen werden. Geschuldet wird die Erbringung einer Beratungsleistung, nicht das Erreichen eines bestimmten körperlichen Erfolges der Ernährungstherapie. Dieser hängt im Wesentlichen von der Mitarbeit des Patienten ab und kann nicht garantiert werden.

**Preisgestaltung:** Die von der Praxis CS genannten Preise sind verbindlich. Von ihnen darf ohne eine anderweitige schriftliche Vereinbarung nicht abgewichen werden. Die durch eine vom Patienten veranlasste nachträgliche Änderung entstehenden Kosten trägt der Patient.

**Zahlungsmodalitäten:** Der Patient zahlt die Beratungskosten sofort im Anschluss an jede Beratungseinheit in bar ohne Abzug und erhält eine Quittung von der Praxis CS. Nach Abschluss der jeder Beratungseinheit erhält der Patient zeitgleich mit der Rechnung eine Bescheinigung über das von ihm geleistete Honorar zur Vorlage bei seiner Krankenkasse/Versicherung.

**Pflichten der Vertragspartner:** Die Praxis CS gewährleistet, stets nach den aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin (DGVS, DGAKI, DGEM) zu beraten. Der Auftrag wird nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Berufsausübung nach der Berufsordnung des Verbandes der Oecotrophologen (VDOE) (Fassung vom 22.06.2007) ausgeführt. Oecotrophologen unterliegen gemäß Strafgesetzbuch § 203 der Schweigepflicht. Der Patient hat die Pflicht, vollständige Angaben bzgl. etwaiger Vorerkrankungen, aktueller Erkrankungen, Medikationen und sonstiger ärztlicher Behandlungen sowie Diäten und anderweitiger Ernährungsberatungen zu machen. Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass der Hausarzt oder der zuweisende Facharzt gegenüber der Praxis CS von seiner Schweigepflicht entbunden wird.

**Haftung für Schäden:** Hält der Patient die Anleitungen und Empfehlungen der Praxis CS nicht ein, oder ändert er eigenmächtig die ihm überlassenen Beratungsunterlagen, so haftet die Praxis CS nicht. Die Praxis CS haftet nicht für unvollständige oder unrichtige Angaben des Patienten. Die Haftung der Praxis CS für vertragliche Pflichtverletzungen sowie aus Delikt beschränkt sich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit, ausgenommen gesetzlicher Regelungen.

**Speicherung von Daten und Urheberrecht:** Die im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis anfallenden Daten des Patienten werden zum Zwecke der Datenverarbeitung gespeichert und unterliegen einer Aufbewahrungspflicht von zehn Jahren. Alle Rechte an den verwendeten Texten, Fotos und der grafischen Gestaltung liegen bei Christiane Schäfer. Jede Reproduktion oder sonstige Verwendung außer zum persönlichen Gebrauch des Patienten ist ohne ausdrückliche Zustimmung von Christiane Schäfer unzulässig.

**Schlussbestimmungen:** Erfüllungsort und Zahlungsort ist Hamburg. Sofern eine einzelne Bestimmung des Vertrages unwirksam ist oder wird, berührt diese nicht die Wirksamkeit aller sonstigen Bestimmungen des Vertrages. Eine solcherlei unwirksame Bestimmung gilt durch eine alternative Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung am nächsten kommt und wirksam.

