



Dipl.-Oecotrophologin / Ernährungsberaterin VDOE



Anmeldung zur Ernährungstherapie

Zur Durchführung einer sorgfältigen Beratung und Therapie benötige ich einige Daten von Ihnen. Diese werden von mir nur zum Zwecke der Beratung/Therapie erhoben und gespeichert und ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.

Für weitere Informationen beachten Sie bitte die angehängte Datenschutzerklärung.

Personenbezogene Daten

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Telefon mobil: _____ e-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Gesundheitsdaten:

Größe: _____ Gewicht: _____

Diagnose(n): _____

Ich nehme folgende Medikamente ein (Name / Dosierung)? _____

Behandelnder Arzt / Therapeut (Name, Adresse, Telefonnummer):

Krankenkasse: _____

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich den o.g. behandelnden Arzt / Therapeuten bezüglich der für die Ernährungstherapie relevanten Daten gegenüber Frau Nicole Hoenig von seiner Schweigepflicht.

Ich stimme zu, dass mein Arzt / Therapeut bei Bedarf eine Rückmeldung zum Behandlungsverlauf erhält.

Datum, Unterschrift: _____

Patientenerklärung / Einwilligung zur Datenverarbeitung

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart:

- Erstberatung (60 Minuten): 110,00 €
- Folgeberatung (30 Minuten): 50,00 €

☞ Eine Terminabsage teile ich bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per e-Mail mit. Ich bin darüber informiert, dass für kurzfristig oder nicht abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in vergleichbarer Höhe in Rechnung gestellt werden kann.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungstherapie zu den oben genannten Konditionen an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten in dem für die Beratung / Therapie notwendigen Umfang erhoben und gespeichert werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit die Berichtigung und Löschung meiner Daten verlangen kann. Außerdem kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ernährungstherapie per Videosprechstunde mit dem TÜV-zertifizierten und sicheren Portal Click Doc durchgeführt wird. Die Zugangsdaten bekomme ich rechtzeitig vor meinem Termin zugeschickt. Ich benötige keine separate Software dafür.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____