



## Anmeldung zur Ernährungstherapie / Ernährungsberatung

### Allgemeine Daten:

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_

Tel. abends: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten:

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Welchen Sport treiben Sie? \_\_\_\_\_

Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

### Grund der Konsultation: (Welche Beschwerden? Welche Wünsche an die Beratung haben Sie?)

---

---

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosierung)

---

---

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

**Patientenerklärung** Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen berechnen sich gemäß dem mir vorliegenden Kostenvoranschlag. Sie sind jeweils am Ende eines Beratungstreffens in bar vor Ort zu entrichten. Eine evtl. notwendig werdende Terminänderung ist spätestens zwei Werktage (48 h) vor dem vereinbarten Termin in der Praxis telefonisch oder per E-Mail vorzunehmen, es sei denn, ich lege ein ärztliches Attest vor. Unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in voller Höhe in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift

**Erklärung zur Schweigepflichtentbindung** Hiermit entbinde ich meinen o.g. behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Frau Susanne Büscher alle notwendigen ärztlichen Unterlagen (Laborwerte, Befunde, Berichte etc.) anfordern kann, die die erforderliche Grundlage für eine qualifizierte ernährungstherapeutische Beratung bilden.

Ort, Datum

Unterschrift