

Guten Tag!

Sie haben sich zu einer Ernährungstherapie entschlossen.

Nachfolgend erhalten Sie einige Informationen zu meiner Ernährungstherapie:

Hinweise vor der Erstberatung

Senden Sie mir vorab folgende Unterlagen zu:

- ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldebogen
- ausgefülltes Ernährungs- und Symptomprotokoll über 7 Tage

Bitte klären Sie mit der Krankenkasse Ihren Kostenzuschuss und reichen Sie dann folgende Unterlagen ein:

- beigefügten Kostenvoranschlag
- ausgefüllte und unterschriebene ärztliche Bescheinigung

Die Abrechnung erfolgt über Sie. Nach jeder Beratung rechne ich bar mit Ihnen ab.

Nach Abschluss der Beratungen erhalten Sie eine Rechnung, die Sie zusammen mit der ärztlichen Bescheinigung bei Ihrer Krankenkasse einreichen.

Weitere Informationen:

Meine ernährungstherapeutische Maßnahme umfasst i. d. R. 5 Sitzungen (Erstgespräch und meist 4 Folgeberatungen). Eine Verlängerung ist nach ärztlicher Anweisung möglich. Bei bestimmten Erkrankungen wird eine ernährungstherapeutische Maßnahme (§43 SGB) von den Kassen erstattet bzw. umfassender bezuschusst. Die Versicherten können diese Leistung nur **mit Zuweisung eines Arztes** in Anspruch nehmen. Es entstehen Kosten für das Erstgespräch (75 Minuten/90,00 €) und für die Folgeberatungen (je 80,00 €).

Die Zuschüsse der Kassen sind unterschiedlich, dies erfragen Sie bei Ihrer Kasse (derzeit: 35 €/Erstgespräch und 23 €/Folgeberatungen).

Eine evtl. notwendige Terminänderung geben Sie mir bitte spätestens 2 Werktage (48 h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per E-Mail bekannt.

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Informationen geholfen zu haben und freue mich auf unsere Zusammenarbeit!

Die Anmeldung finden Sie auf der nächsten Seite

Anmeldung zur Ernährungstherapie

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 ja nein 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: _____

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich befreie meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, so dass Frau Margret Grossmann 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

Patientenerklärung

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart:
Erstberatung (75 Minuten/90,00 €) - Folgeberatungen (je 60 Minuten/80,00 €)

Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48 h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch/per Email bei Frau Grossmann 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.

Ort, Datum

Unterschrift