



## Anmeldung zur Ernährungsberatung

(vom Patienten/der Patientin auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geboren am

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Festnetz-Nr.

\_\_\_\_\_  
Mobilfunk-Nr.

\_\_\_\_\_  
Wann sind Sie tagsüber zu erreichen?

\_\_\_\_\_  
Email zur Behandlungsinformation

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Erziehungsberechtigten falls erforderlich

\_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes Name der Praxis / Adresse falls Arztbrief gewünscht

- Arztbrief:** Hiermit entbinde ich meine Ernährungsfachkraft von der Schweigepflicht gegenüber meines behandelnden Arztes/meiner behandelnden Ärztin bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung und wünsche, dass nach Abschluss der Beratungen ein Bericht an eben diese/n versandt wird.
- Kosten:** Die Ernährungstherapie kostet **90,00 €** pro Zeitstunde. Die Beratung nach § 43 SGB V (Therapie) dauert ca. 3 – 6 Zeitstunden, verteilt über mehrere Termine. Zumeist übernehmen die Kassen einen Großteil der Kosten. Jede Kasse entscheidet jedoch nach Einzelfall. Wird nach § 20 SGB V (Prävention) beraten, fallen durchschnittlich 2 Zeitstunden an, die üblicherweise auch zum Großteil von den Krankenkassen bezuschusst werden, auch hier gilt der Einzelfall. Die Gebühr für die einzelne Beratungseinheit ist am jeweiligen Termin in **bar oder per EC-Karte** zu entrichten, wahlweise können Sie auch den Paketpreis beim ersten Termin im Gesamten zahlen.

Bei **Verhinderung** bitte ich Sie, mich telefonisch, per SMS, WhatsApp oder per Email **spätestens 24 Stunden im Voraus** zu informieren. Andernfalls behalte ich mir vor, den vollen Preis zu berechnen.

- AGB & Datenschutz:** Ich willige ein, dass meine Ernährungsfachkraft die im Rahmen der Ernährungsberatung erhobenen Daten zum Zweck der Ernährungsberatung/-therapie verarbeitet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Meine Daten werden nicht für Werbezwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/-therapie an. Die Datenschutzbestimmungen sowie die AGB auf der Webseite habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, gesetzl. Vertreter)

Wie sind Sie auf Ernährungs- & Gesundheitscoaching aufmerksam geworden? (optional)

---

## Leistungspakete:

Bitte kreuzen Sie an, welches Paket Sie in Anspruch nehmen möchten

**Beratungspaket Standard**

**Umfang:**

1 Ersttermin à 60 Minuten

3 Folgetermine à 30 Minuten

**Kosten: 225,00 €**

**Beratungspaket Plus**

**Umfang:**

1 Ersttermin à 60 Minuten

4 Folgetermine à 30 Minuten

**Kosten: 270,00 €**

**Beratungspaket MMK (bei multimodalem Konzept vor bariatrischen Operationen meist von den Kassen gefordert) oder einfach bei Bedarf**

**Umfang:**

1 Ersttermin à 60 Minuten

5 Folgetermine à 30 Minuten

**Kosten: 315,00 €**

**Ich entrichte das Beratungshonorar nach jedem Termin**

**Ich entrichte das Beratungshonorar für das gesamte Paket beim ersten Termin.**

**selbstverständlich können weitere Termine über die Pakete hinaus gebucht werden.**