

## ANMELDUNG zur Ernährungstherapie

### Allgemeine Daten:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

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

### Persönliche Daten:

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

Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_ Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

Mein Arzt: \_\_\_\_\_

Grund der Konsultation: \_\_\_\_\_

Wie hoch war Ihr **Blutdruck** bei der letzten Messung beim Arzt? \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente / Präparate** nehmen Sie ein (Name, Dosierung). Bitte geben Sie alle an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Schweigepflichtsentbindungserklärung

Ich befreie meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, so dass Frau *Birgit Schmid* 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 (60 Min.): 70,00 € Folgeberatung (30 Min.): 40,00 €

Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48 h) vor dem Termin bei Frau Schmid bekannt zu geben, telefonisch oder per Email.

Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift