

ANMELDUNG zur Ernährungstherapie

Allgemeine Daten:

Nachname: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
Tel. privat: _____ mobil: _____
E-Mail: _____ 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 E-Mail.

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

Ort, Datum

Unterschrift