

Anmeldeformular zur Ernährungsberatung



Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

*E-Mail:

*Fax:

*Krankenkasse:

*Ich möchte eine Preisermäßigung beantragen.

Ja (bei Vorlage eines Nachweises über ein Nettoeinkommen unter 800 €)

Nein

*freiwillige Angabe

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung an mit Übernahme der anfallenden Kosten.

Ort: Datum: Unterschrift:

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die AGB von esz/Ernährungsberatung & -therapie bekannt sind, und erkenne diese an.)

Einverständniserklärung:

Wenn Sie die Ernährungsberatung im Rahmen der Prävention von Ihrer Krankenkasse bezuschusst bekommen, ist es notwendig, Angaben zu Ihrer Person und Einzelheiten der durchgeführten Beratung schriftlich zu dokumentieren. Diese Angaben werden im Rahmen der automatischen Datenverarbeitung gespeichert. Die Daten unterliegen der Schweigepflicht.

Hierzu bedarf es Ihres Einverständnisses. Bitte erklären Sie im Folgenden:

Ja, ich bin mit dem oben genannten Dokumentationsverfahren einverstanden.

Nein, ich bin mit dem oben genannten Dokumentationsverfahren nicht einverstanden.

Ort: Datum: Unterschrift: