



Anmeldeformular zur Ernährungstherapie

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

*E-Mail:

*Fax:

*Krankenkasse:

*Behandelnder Arzt:

*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 Ernährungstherapie 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:

Es ist notwendig, Angaben zu Ihrer Person und Einzelheiten der durchgeführten Beratung schriftlich zu dokumentieren. Diese Angaben können im Rahmen der automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden. Die Daten unterliegen der Schweigepflicht. Der behandelnde Arzt erhält einen Beratungsbericht. Ihrer Krankenkasse darf über Verlauf und Ergebnis der Beratung Auskunft erteilt werden.

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: