

Anmeldung zur Ernährungsberatung/-therapie

Name und Vorname Name der Krankenkasse

Anschrift (Wohnort, Str. Hausnr.)

Email-Adresse Telefonnr.

Geb. Datum

Persönliche Daten des Leistungsempfängers:

Familienstand: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt/ -ärztin: _____ in: _____

Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/-therapie mit 5 Einheiten je 30 – 60 Minuten (in der Regel 3 x 60 Minuten) bei Andrea Heumann, Dipl. oec. troph., Schlüchtern an.

Zudem erkläre ich mich bereit, Terminverschiebungen zeitnah, mindestens aber 48 Stunden im Voraus mitzuteilen (max. 1 x je Termin) per Mail mit der Bitte um Bestätigung. Ein Präsenztermin kann auch als Online-Termin wahrgenommen werden. Später oder wiederholt abgesagte Termine sind privat zu zahlen. Mit den AGB unter www.sinnvoll-essen.net bin ich einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift

Entbindung der Schweigepflicht:

In manchen Fällen wird für die Anamnese die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt notwendig. Daher entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Frau Andrea Heumann bzgl. der von mir in Anspruch genommenen beratenden/ therapeutischen Leistung.

Ort, Datum Unterschrift