

## Anmeldung zur Ernährungstherapie

weiblich     männlich     divers

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (gesetzl. Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Mobilnummer

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Praxis und Name der/des behandelnden Ärztin/Arztes

**Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt mir vor**     ja     nein

**Kosten:** Die Ernährungstherapie wird individuell an Sie angepasst. Der Stundensatz liegt bei **90,- €**. Bei einer ernährungsbedingten Erkrankung übernimmt die gesetzliche Krankenkasse meist einen Teil dieser Kosten. Über die Höhe der Zuschussung kann ich leider keine Auskünfte erteilen, diese erhalten Sie i.d.R. schriftlich von Ihrer Krankenkasse. Sie erhalten von mir vorab einen Kostenvoranschlag, welchen ich auch mit der Bitte um Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse einreiche. Sollten Sie an einem vereinbarten Termin verhindert sein, informieren Sie mich bitte spätestens 24h im Voraus telefonisch oder per E-Mail. Andernfalls behalte ich mir vor, den vollen Preis zu berechnen.

**Schweigepflichtsentbindung:** Der Anbieter ist gemäß § 203 StGB gegenüber Dritten zur Schweigepflicht verpflichtet. Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Sarah Zehnder bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung. Ebenfalls entbinde ich Sarah Zehnder von der Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung. (Falls nicht gewünscht, bitte streichen)

**AGB und Datenschutzbestimmungen:** Ich willige ein, dass die Ernährungsberatung Sarah Zehnder, die im Rahmen der Ernährungstherapie erhobenen Daten nach Maßgabe der Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Meine Daten werden nicht für Werbezwecke verwendet und nicht an Dritte weiter gegeben. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten. Die Datenschutzbestimmungen sowie die AGB habe ich gelesen und verstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient/in; gesetzl. Vertreter)

### Ernährungsberatung - Sarah Zehnder

Diätassistentin | zertifizierte Ernährungsberaterin (VDD) | Fachberaterin für Kinderernährung | prof e.a.t. Ernährungsberaterin  
Kellermannstr. 13a | 90455 Nürnberg  
Tel: 09129 7243 | Mobil: 0172 880 1821 | Fax: 09129 6727 | info@ernaehrung-kornburg.de | www.ernaehrung-kornburg.de