

Anbieter Telefon

---

Anschrift

---

Klient Telefon

---

Anschrift

---

- Die diättherapeutische Maßnahme wird gemäß einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung durchgeführt.
- Die Ernährungsberatung wird für den folgenden Schwerpunkt durchgeführt:

---



---



---

### DIE MASSNAHME UMFASST FOLGENDE LEISTUNGEN:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Umsetzung der ärztlich verordneten Diättherapie | <input type="checkbox"/> Erst- und Folgeberatungen    | <input type="checkbox"/> Erstellung eines Wochenspeiseplans |
| <input type="checkbox"/> Beratungsgespräche                              | <input type="checkbox"/> Körperfettmessung            | <input type="checkbox"/> Analyse des Ernährungsprotokolls   |
| <input type="checkbox"/> EDV- gestützte Analyse des Ernährungsprotokolls | <input type="checkbox"/> Telefon- und E-Mailbetreuung | <input type="checkbox"/> Sonstiges                          |
| <br>   |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Praktische Unterweisungen</b>                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Küchencheck                                     | <input type="checkbox"/> Einkaufstraining             | <input type="checkbox"/> Kochkurs                           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                       |   |   |

Der Anbieter ist gemäß § 203 StGB gegenüber Dritten zur Schweigepflicht verpflichtet.  
Gegenüber folgenden Personen entbinde ich den Anbieter von der Schweigepflicht.

- Arzt     
  Psychotherapeuten     
  Eltern     
  Erwachsene Kinder     
  Sonstige

Name	Anschrift

## DAUER UND HONORAR

Eine Beschreibung der Leistungen und Honorare entnehme ich der Anlage.

(Anlagen: AGB's und Kostenvoranschlag bzw. Behandlungsplan)

Für die Bezuschussung der Beratungskosten durch meine Krankenkasse bin ich selbst verantwortlich.

Ich verpflichte mich zur Übernahme der anfallenden Kosten. Diese können nach Absprache vom Kostenvoranschlag abweichen.

## ICH ZAHLE:

- In bar, nach jedem Termin  Per Lastschriftverfahren  
 Im Voraus und profitiere von \_\_\_\_\_  Per Rechnung

Bei Nichteinhaltung eines Termins, der nicht mind. 24 Stunden vorher abgesagt wurde, entstehen Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR.

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben. Mit einer elektronischen Datenerfassung und -speicherung bin ich einverstanden.

Für den Verlauf und Erfolg der Maßnahme trägt nicht allein der Berater bei. Nur durch meine eigene Initiative und Eigenverantwortung komme ich zum Erfolg.

---

Ort / Datum

Unterschrift Klient

---

Ort / Datum

Unterschrift Berater