

Diätassistentin  
 Adipositas-Trainerin  
 Mukoviszidose-Trainerin

Wallgartenstrasse 34  
 31303 Burgdorf

T: 05136/951 14 61  
 M: 0171/440 81 57  
 info@esskompetenz.de  
 www.esskompetenz.de

**Beratungsvereinbarung/Beratungsvertrag ( Teil 1 )**

Datum: \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten des Versicherungsnehmers:**

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Maßnahme umfasst folgende Leistungen:**

- Umsetzung der ärztlich verordneten Diättherapie
- Beratungsgespräche
- EDV-gestützte Analyse des Ernährungsprotokolls
- Analyse des Ernährungsprotokolls
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Praktische Unterweisungen**
- Kühlschrankcheck
- Einkaufstraining
- Kochkurs
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Erst- und Folgeberatungen
- Telefon- und Mailbetreuung
- Hausbesuche

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

Diätassistentin  
Adipositas-Trainerin  
Mukoviszidose-Trainerin

Wallgartenstrasse 34  
31303 Burgdorf

T: 05136/951 14 61  
M: 0171/440 81 57  
info@esskompetenz.de  
www.esskompetenz.de

## Beratungsvereinbarung/Beratungsvertrag ( Teil 2 )

Datum: \_\_\_\_\_

### Dauer und Honorar

Eine Beschreibung der Leistungen und Honorare entnehme ich der Anlage.  
Anlagen : AGB's und Kostenvoranschlag

Für die Bezuschussung durch meine Krankenkasse bin ich selbst verantwortlich.  
Ich verpflichte mich zur Übernahme der anfallenden Kosten.  
Diese können nach Absprache vom Kostenvoranschlag abweichen.

Ich zahle:

- bar, bei jedem Termin       ich überweise den Betrag 5 Tage vor jedem Termin auf  
das Konto von Frau Wagner

per Rechnung, spätestens 10 Tage nach Erhalt der Rechnung auf das Konto von Frau Wagner

**Bank:** Frankfurter Sparkasse  
**BIC:** HELADEF1822  
**IBAN:** DE27 5005 0201 1244 1444 50  
( Bitte geben Sie als Verwendungszweck die Rechnungsnummer an)

Bei Nichteinhaltung eines Termins, der nicht mind. 24h vorher abgesagt wurde, entstehen Kosten in Höhe von 50% des vereinbarten Honorars.

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben.

Mit einer elektronischen Datenerfassung und –speicherung bin ich einverstanden:     ja     nein

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/-in

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beraterin