

Diätassistentin
Adipositas-Trainerin
Mukoviszidose-Trainerin

Rubensplatz 9
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
- Sonstiges

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:

- per EC, nach jedem Termin 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 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