



Beratungsvereinbarung / Vertrag

Anbieter: Praxis für Ernährung
 Rudolf-Müller-Straße 36
 36364 Bad Salzschlirf

Telefon 06648 / 6284422
Mobil 0171 / 7195381
Fax 06648 / 6284423

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:

Umsetzung der ärztlich verordneten
Diättherapie
Beratungsgespräche
EDV-gestützte Analyse des
Ernährungsprotokolls

Erst- und
Folgeberatungen
Körperfettmessung
Telefon- und E-Mail-
betreuung

Erstellung eines
Wochenspeiselans
Analyse eines Ernährungsprotokolls
Sonstiges

Praktische Unterweisungen

Küchencheck
Sonstiges _____

Einkaufstraining

Der Anbieter ist gemäß § 203 StGB gegenüber Dritten zur Schweigepflicht verpflichtet.

Folgende Personen und den Anbieter entbinde ich gegenseitig 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: AGBs 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 Rechnung

Im Voraus und profitiere von 5% Nachlass.

Bei Nichteinhaltung eines Termins, der nicht mind. 24 Stunden vorher abgesagt wurde, entstehen Kosten in Höhe von 20,00 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/in

Ort / Datum

Unterschrift Beraterin