

Anmeldeformular zur Ernährungstherapie

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ beruflich/oder mobil: _____

Fax: _____ e-mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Familienstand: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenkasse: _____

Konsultationsgrund: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungstherapie mit der Übernahme der anfallenden Kosten an.

Der Krankenkassenanteil beträgt: _____ Eigenanteil: _____ €

Dieser Dienstleistungsvertrag gilt für: _____ Stunden

(Eintrag erfolgt nach je nach Kostenzusage der Krankenkasse, spätestens bei der ersten Beratung)

Der Rechnungsbetrag ist nach erfolgter Beratungszeit vollständig fällig.

Bei Hausbesuchen können Fahrtkosten berechnet werden (0,50 € pro km)

Ich bin darüber informiert, dass eine Terminabsage spätestens 24h vorher erfolgen muss, ansonsten wird dieser Termin mit 15,- € in Rechnung gestellt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte und Frau Monika Lüskow von der Schweigepflicht bezüglich der von mir in Anspruch genommenen ernährungstherapeutischen Beratung:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____