

Anmeldeformular

Name, Vorname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße	_____	Anzahl Kinder	_____
PLZ, Ort	_____	Alter der Kinder	_____
Telefon privat	_____	Behandelnder Arzt	_____
Telefon berufl	_____	Empfehlung durch	<input type="checkbox"/> Arzt
Telefon mobil	_____		<input type="checkbox"/> Bekannter/Freund
Email	_____		<input type="checkbox"/> Familie
Krankenkasse	_____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse
Beruf	_____		<input type="checkbox"/> Internet
Geb.-Datum	_____		<input type="checkbox"/> andere:
Staatsangehörigkeit	_____		_____
Familienstand	_____		
Größe	_____	Grund der Konsultation	_____
Gewicht	_____		_____

Behandlungsvereinbarung

Vertragsgegenstand

Der Klient/Patient nimmt eine Ernährungsberatung/-therapie von der zertifizierten Ernährungsberaterin (VFED) Frau Diplom-Oecotrophologin Vera Hille, Freiligrathstr. 16, 65812 Bad Soden, in Anspruch.

Schweigepflichtentbindung

Der Klient/Patient entbindet seine(n) behandelnden Arzt / Ärzte / Therapeuten:

von der Schweigepflicht gegenüber Frau Diplom-Oecotrophologin Vera Hille bezüglich der in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung, und Frau Vera Hille gegenüber den behandelnden Ärzten / Therapeuten.

Honorarvereinbarung und Rechnungsstellung:

- Grundlage der Beratung ist die unter www.peakform.de/kostenzuschuss/ einsehbare Preisübersicht.
- Der Klient zahlt das Honorar für die Ernährungstherapie-, Beratungs- und Serviceleistungen direkt an Frau Diplom-Oecotrophologin Vera Hille.
- Es ist nicht immer möglich, im Vorfeld verbindliche Angaben zur benötigten Anzahl von Beratungssitzungen zu treffen. Der Klient hat jederzeit die Möglichkeit, die Behandlung zu beenden, unabhängig von der Sinnhaftigkeit weiterer Sitzungen.
- Die Rechnungsstellung erfolgt zeitnah nach der Erbringung der einzelnen Dienstleistung/en.
- Die Rechnungen sind zahlbar ohne Abzug/Skonto innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt.
- Der Kunde verpflichtet sich, die vereinbarten Termine wahrzunehmen.
Für nicht in Anspruch genommene Termine, die nicht rechtzeitig, das heißt nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden (Mo bis Fr 8.00 – 18.00 Uhr; telefonisch, per E-Mail, Fax oder SMS), werden Ausfallkosten in Höhe von 100% des Beratungshonorars fällig, die dem Kunden in Rechnung gestellt werden.
Einziges Ausnahmen sind akute Erkrankungen, welche auch noch am Morgen des Beratungstermins angezeigt werden können.

Ich erkläre mich mit der o.g. Honorarvereinbarung einverstanden und werde die anfallenden Kosten jeweils nach Leistungserbringung bzw. Rechnungsstellung begleichen.

Aufklärung / Hinweise

- Die Ernährungstherapie-, Beratungs- und Serviceleistungen entsprechen einem Dienstleistungsvertrag. Dieser ist nicht dem Erfolg geschuldet.
- Frau Diplom-Oecotrophologin Vera Hille berät ihre Kunden nach dem jeweils aktuellen ernährungsmedizinischen Standard.
- Im Mittelpunkt der Dienstleistungen steht das individuelle gesundheitliche Wohl des Klienten.
- Frau Diplom-Oecotrophologin Vera Hille unterliegt der Schweigepflicht.
- Der Kunde macht vollständige und wahrheitsgemäße Angaben zu seiner Person und seinen medizinisch relevanten Daten.
- Die Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie ersetzt nicht (vollständig) eine ärztliche Therapie. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird Frau Vera Hille unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen.

Kenntnisnahme zur Abrechnung mit den Krankenkassen

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten für die Ernährungsberatung / Ernährungstherapie aufgrund der Qualifikation des Ernährungsberaters von den Krankenkassen / privaten Krankenkassen gegebenenfalls bezuschusst werden können. Über die Möglichkeiten und die Höhe des Zuschusses erkundige ich mich selbst bei meiner Krankenkasse. Ich werde die Leistungen unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse / meine Private Krankenversicherung direkt an Frau Hille begleichen – das Ergebnis des Erstattungsverfahrens mit der Krankenkasse lässt die Honoraransprüche aus diesem Vertrag unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten bzw. Erziehungsberechtigten (Vor- und Nachname)

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Ich bin mit der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Insbesondere bin ich mit der Verarbeitung gesundheitsbezogener Daten einverstanden, die den Verlauf und die Wirksamkeit der Behandlung dokumentieren. Dabei bin ich mir bewusst, dass es sich bei gesundheitsbezogenen Daten um besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes handelt und diese gesetzlich besonders geschützt werden, so dass ich der Verarbeitung dieser Daten ausdrücklich zustimme. Weitere Informationen zum Datenschutz nach DSGVO sind als Anhang diesem Dokument beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten (Vor- und Nachname)