



Anmeldung zur Ernährungstherapie / Ernährungsberatung

Allgemeine Daten:

Name der Eltern: _____

Name des Kindes: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. tagsüber: _____

Tel. abends: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Daten des Kindes:

Geb.datum: _____

Ki.garten/Grundschule/Stadteilschule/Gymnasium/Lehre: _____

Größe und Gewicht: _____

Welchen Sport treibt Ihr Kind? _____

Wie oft pro Woche? _____

Grund der Konsultation: (Welche Beschwerden hat Ihr Kind? Welche Wünsche an die Beratung haben Sie?)

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein? (Name, Dosierung)

Behandelnder Arzt: _____

Patientenerklärung Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen berechnen sich gemäß dem mir vorliegenden Kostenvoranschlag. Sie sind jeweils am Ende eines Beratungstreffens in bar vor Ort zu entrichten. Eine evtl. notwendig werdende Terminänderung ist spätestens zwei Werktage (48 h) vor dem vereinbarten Termin in der Praxis telefonisch oder per E-Mail vorzunehmen, es sei denn, ich lege ein ärztliches Attest vor. Unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in voller Höhe in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung Hiermit entbinde ich meinen o.g. behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Frau Susanne Büscher alle notwendigen ärztlichen Unterlagen (Laborwerte, Befunde, Berichte etc.) anfordern kann, die die erforderliche Grundlage für eine qualifizierte ernährungstherapeutische Beratung bilden.

Ort, Datum

Unterschrift