

## Anmeldebogen zur Ernährungsberatung/ Ernährungstherapie

### **Anschrift:**

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

### **Persönliche Daten**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Grund der Beratung:** \_\_\_\_\_

**Mein behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

### **Patientenerklärung**

Eine Terminabsage ist spätestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin per Telefon/ e-mail/Fax vorzunehmen.

Ich bin darüber informiert, dass nicht abgesagte Termine privat abgerechnet werden.

### **Schweigepflichtentbindung**

Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht, so dass Frau Dagmar Teich, Dipl. oec. troph., alle für die ernährungstherapeutische Behandlung notwendigen Daten einsehen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift