

## Vereinbarung zur Ernährungstherapie in Einzelgesprächen

(entsprechend Therapie/Rehabilitation nach § 43 SGB V)

### Rechtliches / Datenschutz:

Die Diätassistentin unterliegt der Schweigepflicht gemäß den Berufsrichtlinien des Verbandes der Diätassistenten § 2 (Grundgesetz Artikel 1 und 3)

Ich entbinde Frau Hörmann von der Schweigepflicht:

- gegenüber meinen behandelnden Ärzten und deren Mitarbeitern im Rahmen der medizinischen und ernährungstherapeutischen Behandlung.
- gegenüber Personen meines Vertrauens: \_\_\_\_\_
- gegenüber meiner Krankenkasse in sofern, als das sie über den Beratungsverlauf, jedoch nicht über persönliche Gesprächsinhalte, Auskunft geben darf.

Ich bin darüber informiert, dass die Ernährungsberatung keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen kann.

### Voraussetzungen über eine erfolgreiche Teilnahme:

Ich nehme an der Beratung eigenverantwortlich teil. Ich bin mir dessen bewusst, dass eine Ernährungs-umstellung auch Motivation und Konsequenz von meiner Seite voraussetzt.

Ich bin damit einverstanden, dass für die Ernährungsberatung wichtige persönliche Daten dokumentarisch festgehalten werden. Ich kann diese einsehen; Dritte haben dazu keinen Zugang.

### Ein vereinbarter Termin ist verbindlich!

Wird der Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, wird bei nicht Erscheinen die Beratungsgebühr fällig. Bei begründeten nachweisbaren Entschuldigungen ist ein Ausweichtermin möglich.

### Preise:

Das Honorar berechnet sich nach dem Zeitaufwand für die Beratung. Für eine Einzelberatung wird ein Stundensatz von 66,00 € berechnet. Darin sind auch die Vor- und Nachbereitung der Termine sowie Beratungsmaterialien (z. B. Rezepte ect.) enthalten. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet.

1 Ernährungsplan für einen Tag kostet 50,00 €

Eine 3-Tage Ernährungsanalyse kostet 75,00 €, jeder weitere Tag 20 €

Für eine mobile Ernährungsberatung zu Hause wird ein Fahrtkostenaufwand von 0,28 € pro gefahrenen Kilometer berechnet.

### Rechnungsstellung und unterschiedliche Kostenübernahme der Krankenkasse

Die Honorarabrechnung kann nach Absprache bei

- jedem Termin (bar)       monatlich (bar / Überweisung)       nach Ablauf der Beratung

erfolgen. Das Honorar ist unmittelbar nach Zahlungsaufforderung fällig. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an mich. Das Erstattungsverfahren gegenüber der Versicherung führe ich eigenverantwortlich durch. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch der Beratung unberührt.

**Ich informiere mich daher im Vorhinein meine Krankenkasse über Umfang und Höhe des Zuschusses.**

Die Diätassistentin erstellt dafür bei Bedarf einen Kostenvoranschlag, den ich zusammen mit der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung bei meiner Krankenkasse einreiche. Private Krankenversicherungen haben die Ernährungsberatung nicht standardmäßig in ihrem Leistungskatalog enthalten. Eine Kostenbeteiligung ist vorher abzuklären.

Bitte wenden ► ► ►

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname                      geboren am:

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Konsultationsgrund:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Behandelnder Arzt Frau/Herrn

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Tel.:                                      Fax:

\_\_\_\_\_  
 Krankenkasse:                      Versicherten-Nr.:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Tel.:                                      Handy:

**Erkrankungsgeschichte:** (Bitte kreuzen Sie an)

Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte dienen der Klärung Ihrer Erkrankungen und Beschwerden.

- |                                    |   |   |   |  |
|------------------------------------|---|---|---|--|
| Lebensqualität                     | <input type="checkbox"/> Sehr gut   | <input type="checkbox"/> Gut  | <input type="checkbox"/> Eingeschränkt    | <input type="checkbox"/> Stark eingeschränkt |
| Übergewicht / Untergewicht         | <input type="checkbox"/> Seit .....   | Gewicht: .....  | Größe: .....                              |  |
| Gewichtsschwankungen               | <input type="checkbox"/> (z. B. Gewicht vor 10 Jahren, vor 5 Jahren, heute) ..... |   |   |  |
| Erhöhte Blutfettwerte              | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Gesamt-Chol: .....  | HDL: .....                                | LDL: .....                                   |
| Erhöhter Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | derzeit typische Werte .....  |   |  |
| Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Typ I  | <input type="checkbox"/> Typ II   | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Seit: .....         |
| Erhöhte Harnsäurewerte             | <input type="checkbox"/> Seit: .....  |   |   |  |
| Verdauungsprobleme                 | <input type="checkbox"/> Art (z. B. Blähungen usw.) / seit: .....                 |   |   |  |
| Probleme beim Stuhlgang            | <input type="checkbox"/> Art (z. B. Verstopfung / Durchfall) seit: .....          |   |   |  |
| Probleme beim Harnlassen           | <input type="checkbox"/> Urinfarbe:.....  | Entspricht die Urinmenge etwa der Trinkmenge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |   |  |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Welche: .....   |   |  |
| Nierenerkrankung                   | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Welche: .....   |   |  |
| Allergien                          | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Welche: (z. B. Pollen, Hausstaub, Lebensmittel) .....   |   |  |
| Lebensmittelunverträglichkeit      | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Welche: .....   |   |  |
| Hauterkrankung                     | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Welche: .....   |   |  |
| Herzerkrankung                     | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Welche: .....   |   |  |
| Schlaganfall / Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Wann: .....  |   |   |  |
| Osteoporose                        | <input type="checkbox"/> Seit: .....  |   |   |  |
| Rheuma                             | <input type="checkbox"/> Seit: .....  |   |   |  |
| Krebserkrankung                    | <input type="checkbox"/> Seit:.....   | Art: .....  |   |  |
|                                    | Maßnahme: .....   |   |   |  |
| Schilddrüsenerkrankung             | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Art: (z. B. Über- / Unterfunktion) .....  |   |  |
| Sonstige Erkrankungen              | <input type="checkbox"/> Seit: .....  | Art: .....  |   |  |
| Medikamente                        | <input type="checkbox"/> Welche:.....   |   |   |  |
| Nahrungsergänzungsmittel           | <input type="checkbox"/> Welche: .....  |   |   |  |

- Rauchen Sie?  Regelmäßig  Gelegentlich  Nicht mehr  Seit: .....
- Psychotherapie  Seit: .....
- Schwangerschaft  Seit: .....
- Stillzeit  Seit: .....
- Körperliche Aktivität  0-1 x pro Woche  2-4 x pro Woche  täglich  
 Je unter 0,5 Std.  Je 0,5–1 Std.  Je über 1 Std.

Bringe Sie bitte, wenn vorhanden, aktuelle medizinische Untersuchungsergebnisse mit in die Beratung.

Blutbild vom: ..... Sonstige Untersuchungen vom: .....

Sonstige Informationen (z. B. besondere Umstände, belastende Lebenssituation) .....

**Bestätigung:**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und melde mich verbindlich zur Ernährungsberatung / Ernährungstherapie bei KörperFreundlich Ernährungsberatung & Coaching | Pamela Hörmann | mit Übernahme der anfallenden Kosten an. Das Honorar ist unmittelbar bei Zahlungsaufforderung fällig.

Das Erstattungsverfahren gegenüber meiner Krankenkasse führe ich eigenverantwortlich durch. Hierzu erforderliche Unterlagen (u. a. Rechnung) händigt die Beraterin mir dafür aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch der Beratung unberührt.

Die Vereinbarung zur Ernährungstherapie in Einzelgesprächen habe ich sorgfältig gelesen und stimme Ihnen zu.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift