Beratungsvereinbarung

ERNÄHRUNG MIT KÖPFCHEN
ANITA KOPF

Zwischen dem Ernährungsberater/-therapeuten

Name:	Kopf	Vorname:	Anita
Straße, Nr.:	Bühläckerstr. 99	PLZ, Ort:	71394 Kernen i.R.
Telefon:	01631726482	E-Mail:	ernaehrung-mit-koepfchen@web.de

Und dem Patienten/Klienten

Name:		Vorname:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	

wird folgender Beratungsvertrag beschlossen:

§1 Vertragsgegenstand

Der Patient/Klient nimmt eine Beratung des Ernährungsberaters/-therapeuten in Anspruch.

§2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Ernährungsberaters/-therapeuten. Er erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 90 € je 60 Minuten. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet. Das Honorar ist nach Rechnungseingang innerhalb 30 Tage fällig.

§3 Ausfallhonorar

Versäumt der Patient/Klient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Ernährungsberaters/-therapeuten ein Ausfallhonorar in Höhe 60% des für den Termin vereinbarten Betrages.
Dies gilt nicht, wenn der Patient/Klient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist.

§4 Aufklärung und Hinweise

Der Patient/Klient wurde darauf hingewiesen, dass

- die Behandlung des Ernährungsberaters/-therapeuten eine ärztliche Therapie nicht (vollständig) ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Ernährungsberaters/-therapeut unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen;
- für die Erteilung einer Auskunft des Ernährungsberaters/-therapeuten an Dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten/Klienten erforderlich ist;
- die gesetzlichen Krankenversicherungen die Behandlungskosten nicht übernehmen. Der Patient/Klient hat die Behandlungskosten selbst zu tragen oder

©2020 FETeV | https://fet-ev.eu

- die gesetzlichen/ privaten Krankenversicherungen die Behandlungskosten übernehmen. Der Patient/Klient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Ernährungsberaters/-therapeut dem Patienten/Klienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Ernährungsberaters/-therapeuten gegenüber dem Patienten unberührt.

§5 Berichterstattung

☐ Der Ernährungsberaters/-therapeut erstattet dem Patienten/Klienten einen schriftlichen Bericht über seine laufende Arbeit und deren Ergebnisse. Die Berichterstattung kann nach Wahl des Patienten/Klienten einmalig oder entsprechend dem Beratungsfortschritt in Form von Zwischenberichten erfolgen.

§6 Datenschutz

Erfolgt eine Verarbeitung personenbezogener Daten für den Patienten/Klienten, so ist der Ernährungsberaters/-therapeut verpflichtet, hinreichende Garantien dafür zu bieten, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit den Anforderungen der DSGVO erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Person gewährleistet.
Der Ernährungsberaters/-therapeut nimmt keine weiteren Auftragsverarbeiter ohne vorherige gesonderte oder allgemeine schriftliche Genehmigung des Verantwortlichen in Anspruch. Im Fall einer allgemein schriftlichen Genehmigung informiert der Auftragsverarbeiter den Verantwortlichen immer über jede beabsichtigte Änderung in Bezug auf die Hinzuziehung oder die Ersetzung anderer Auftragsverarbeiter, wodurch der Patient/Klient die Möglichkeit erhält, gegen derartige Veränderungen Einspruch zu erheben. In Bezug auf die Inhalte eines Auftragsdatenverarbeitungsvertrages gelten die Anforderungen nach Art. 28 Abs. 3 DSGVO.

§7 Schweigepflicht

Der Ernährungsberaters/-therapeut ist verpflichtet, über alle Informationen, die ihm im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit für den Patienten/Klienten bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren, es sei denn, dass der Auftraggeber ihn von dieser Schweigepflicht entbindet.

Der Ernährungsberaters/-therapeut wird von der Schweigepflicht entbunden, und zwar für

- ☐ den behandelnden Arzt:
- ☐ den behandelnden Therapeuten:
- ☐ andere:

_____	_____
Datum, Unterschrift des Patienten/Klienten	*Datum, Unterschrift des Ernährungsberaters/-therapeuten*

©2020 FETeV | https://fet-ev.eu