



## Persönliche Angaben, Datenschutz und Zahlungsbedingungen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Wer ist Ihr behandelnder Arzt / Ihre Ärztin? \_\_\_\_\_

Welches Thema oder welche Themen führen Sie zum Ernährungscoaching?

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

Bestehen bei Ihnen **Vorerkrankungen**?      JA [ ]      NEIN [ ]

Wenn JA, welche \_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vorgeschichte bereits professionelle Begleitung zum Thema Ernährung?      JA [ ]      NEIN [ ]

Liegt eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vor?      JA [ ]      NEIN [ ]

Wenn ja, welche Diagnose hat Ihr Arzt gestellt? \_\_\_\_\_

**Hiermit melde ich mich verbindlich und kostenpflichtig zu einer ernährungstherapeutischen Beratung an.**

Mit diesen Unterlagen erhalte ich eine schriftliche Erklärung zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten und akzeptiere mit meiner Unterschrift die Datenverarbeitung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Schweigepflichtsentbindung & Datenschutz

Mit meiner Unterschrift entbinde ich meine(n) behandelnde(n) Arzt/Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht, damit meine Ernährungstherapeutin (Frau Dr. Bettina Jagemann bzw. Frau Kirsten Wontka) die für die Ernährungstherapie notwendigen Unterlagen/ Laborwerte einsehen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für den Fall, dass Sie oecotrophologische Befunde oder andere ernährungsspezifische Informationen von uns per E-Mail erhalten möchten, bedarf es Ihres ausdrücklichen Einverständnisses. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass eine ausschließlich verschlüsselte Versendung im Allgemeinen zurzeit noch nicht möglich ist.

**Einverständniserklärung:** Ich bin mit der Korrespondenz und der Zusendung von Untersuchungsergebnissen und anderen ernährungsspezifischen Informationen per einfacher E-Mail an die oben angegebene E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten oder medizinische Daten, enthalten können, die der Schweigepflicht unterliegen. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

einverstanden

nicht einverstanden

Haben Sie neben der ärztlich gestellten Diagnose weitere Themen, die Sie mit uns besprechen möchten?

[ ] JA, ich möchte mehr zu meinem Gesundheitsstatus (Diabetesrisiko, Risiko für koronare Herzerkrankungen) erfahren

[ ] JA, ich wünsche mir eine fachliche Einschätzung zu meiner aktuellen Ernährung

[ ] mit Analyse meiner Nährstoffversorgung (u. a. Vitamin- & Mineralstoffzufuhr)

[ ] ich benötige schriftlich ausgearbeitete Tagespläne, an denen ich mich orientieren kann



ich wünsche mir eine langfristige Begleitung, um meinen Lebensstil verändern zu können

ich wünsche mir Rezepte, abgestimmt auf meine Erkrankung

ich würde mich über ein gemeinsames Kochevent zum Thema freuen

ich habe andere Anliegen, die hier nicht genannt wurden und wünsche mir Unterstützung zu folgendem Thema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEIN**, mir reicht die Informationsübermittlung zum Thema Ernährung in Bezug auf meine diagnostizierte Erkrankung

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

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

### Kosten- und Zahlungsbedingungen:

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Leistungen zum Thema Ernährung und Lebensstil, wenn Sie **VOR** Therapiebeginn sowohl einen Kostenvoranschlag der Beraterin bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen als auch eine Kopie der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung für eine ernährungstherapeutische Begleitung.

Wurden Sie darüber bereits informiert?

JA  NEIN

### Patient:innenerklärung

Ich möchte an einer ernährungstherapeutischen Beratung teilnehmen.

Diese wird gemäß dem mir vorliegenden Kostenvoranschlag nach Zeitaufwand berechnet. Bei Bedarf können mehrere Beratungseinheiten zu einem längeren Gespräch zusammengefasst werden. Zusätzlich wird eine Gebühr für die Erstellung eines Therapieberichts an den zuweisenden Arzt / die zuweisende Ärztin erhoben. Ich bin darüber informiert, dass alle entstehenden Kosten direkt an die Therapeutin zu zahlen sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Sollte ich einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, verpflichte ich mich durch meine Unterschrift, diesen 2 Werktagen (48 h) vorher telefonisch (04103 - 70 37 531) oder per E-Mail (info@drjagemann.com) abzusagen. **Ich bin darüber informiert, dass verspätet oder nicht abgesagte Termine bzw. unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung gestellt werden können.**

In der Regel ist die Ernährungstherapie mit einem gewissen finanziellen Eigenanteil verbunden. Die Zuzahlungen werden am Ende der Maßnahme gewährt, variieren von Kasse zu Kasse, können aber zwischen 50% und 80% der Kosten betragen. Sind Sie wirtschaftlich in der Lage einen Selbstzahleranteil für die ernährungstherapeutische Begleitung zu übernehmen?

JA [ ]                      NEIN [ ]

Die anteilige Kostenerstattung Ihrer Krankenkasse erfolgt in Anhängigkeit von Ihrer Teilnahme erst **nach Beendigung der Therapie**. Diese Regelung setzt voraus, dass Sie in Vorleistung treten. Nach Abschluss aller Beratungseinheiten erhalten Sie eine Teilnahmebescheinigung, mit der sie ihre Ansprüche gegenüber Ihrer Krankenkasse geltend machen können.

Die Bezahlung der von Ihnen gewählten ernährungstherapeutischen Leistungen kann in Vorkasse nach dem ersten Termin oder in monatlichen Raten erfolgen. Bitte teilen Sie uns mit, wie sie zahlen möchten:

- [ ] Ich zahle das Beratungshonorar für die von mir gebuchten Leistungen, komplett nach dem ersten ernährungstherapeutischen Gespräch.
- [ ] Ich zahle das Beratungshonorar für die von mir gebuchten Leistungen in 3 Raten  
Rate 1 = 99,-€ nach der Erstanamnese  
Rate 2 = 4 Wochen nach der Erstanamnese  
Rate 3 = 8 Wochen nach der Erstanamnese
- [ ] Ich zahle das Beratungshonorar für die von mir gebuchten Leistungen in 5 Raten  
Rate 1 = 99,-€ nach der Erstanamnese  
Rate 2 = 4 Wochen nach der Erstanamnese  
Rate 3 = 8 Wochen nach der Erstanamnese  
Rate 4 = 12 Wochen nach der Erstanamnese  
Rate 5 = 16 Wochen nach der Erstanamnese

Die Höhe der Raten ist abhängig von Ihren insgesamt gebuchten Leistungen und beträgt zwischen 35 € und 147 €.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift