



# ANMELDUNG

für die Ernährungsprävention nach § 20 SGB V

## PERSÖNLICHE DATEN

Nachname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Größe (m)	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Gewicht (kg)	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		
Krankenversicherung	<input type="text"/>		
Versichertennummer	<input type="text"/>		

## PATIENTENERKLÄRUNG & DATENSCHUTZ

Die Gebühren für die präventiven Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstgespräch (60 min Gesprächszeit): 100,00€\*. Folgegespräche (30 min Gesprächszeit): 60,00€\*. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per Mail vorzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 48h vor dem vereinbarten Termin) in Rechnung gestellt werden. Die Zahlung der Kursgebühr erfolgt in Vorleistung und wird von allen gesetzlichen Kassen (meist 70-100% der Gesamtkosten) erstattet. Die Höhe der Kostenübernahme erfragen Sie bitte vorab bei Ihrer Kasse. Ihnen wird nach der Bezahlung eine Rechnung über den gezahlten Gesamtbetrag und eine Teilnahmebescheinigung ausgehändigt. Beides reichen Sie direkt bei Ihrer Kasse ein, um sich die Kosten erstatten zu lassen. \* Betrag enthält 19% USt.

Ort / Datum

Unterschrift Kurs-Teilnehmer/in

Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten in der Praxis gespeichert werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Ort / Datum

Unterschrift Kurs-Teilnehmer/in