

ANMELDUNG

zur Ernährungstherapie

Nachname: geb. am:

Vorname:

PLZ, Ort: Strasse:

E-Mail: Telefon:

Berufliche Tätigkeit:

Größe: Gewicht: Krankenkasse:

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Ich melde mich verbindlich zur Ernährungsberatung/-therapie an und bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Daten.

Die Beratungen finden in der Alexanderstraße 241, 26127 Oldenburg statt. Die Praxis befindet sich im ersten Stock und ist durch den Haupteingang in der Nebenstraße "Im Dreieck" zugänglich. Einige Parkplätze befinden unmittelbar vor dem Haupteingang.

Die Ernährungstherapie umfasst in der Regel drei Termine. Eine eventuell notwendige Terminänderung ist spätestens zwei Werktage vor dem vereinbarten Termin telefonisch, per Mail oder FAX vorzunehmen. Unentschuldig, nicht wahrgenommene oder zu kurzfristig abgesagte Termine werden mit 45 Euro Aufwandsentschädigung berechnet.

Ich akzeptiere die oben genannten Bedingungen und bin mit der elektronischen Erfassung meiner Daten im Rahmen der [Datenschutzgrundverordnung](#) einverstanden.

Außerdem bin ich einverstanden mit der Übermittlung meines Beratungsberichtes an:

meinen zuweisenden Arzt (laut Verordnung/Rezept/Überweisung)

meinen behandelnden Hausarzt

Datum: _____

Unterschrift: _____

(evtl. Erziehungsberechtigte/r)



Bitte neben der Anmeldung zum Ersttermin mitbringen:

- unterschriebene Bescheinigung des Arztes (Mustervorlage siehe meine Website)
- das ausgefüllte Ernährungs-Symptom-Protokoll **für 4 Tage** (Vorlage siehe meine Website)
- aktuelle Untersuchungs-/Laborergebnisse, von Gastroenterologen/Allergologen oder die Abschlussberichte nach evtl. Krankenhausaufenthalt