



Vereinbarung

Zur Ernährungstherapie – Einzelberatung

Zwischen

Genussvoll Essen – Ernährungs- und Diätberatung

Erika Franz

Postfach 14 12 72

30812 Garbsen

und

Name, Vorname:

Straße:

Geburtsdatum:

Versicherung:

Wird folgende Vereinbarung getroffen:

1. Die Gebühr für die individuelle Ernährungsberatung wird wie folgt berechnet:

Anamnesegespräch (60 Minuten):	80,00 €
Therapiebericht	10,00 €
Folgeberatung (30 Minuten):	40,00 €
2. **Die Abrechnung der Beratung erfolgt bei jedem Termin in bar.** Bitte bringen Sie das Geld, wenn möglich passend mit. Sie erhalten eine Quittung. Bewahren Sie die Quittungen gut auf, da Sie diese am Ende der Ernährungsberatungen bei Ihrer Krankenkasse eingereicht werden können.
3. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte wir Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**. Ansonsten behalte ich mir vor Ihnen die Kosten der Ernährungsberatung in Rechnung gestellt.
4. Die Beratungen werden ausschließlich von mir als zertifizierte Diätassistenten durchgeführt. Durch regelmäßige Fortbildungen bin ich auf dem neusten wissenschaftlichen Stand.
5. Der Patient verpflichtet sich, bei Erkrankungen den behandelnden Arzt über die Ernährungsberatung zu informieren und eventuelle Änderungen mit der Diätassistentin abzustimmen.
6. Der Patient ist einverstanden, dass die Praxis Genussvoll Essen - Ernährungs- und Diätberatung telefonischen Kontakt zu dem Patienten bzw. dessen Ärzten aufnehmen darf und ggf. bezüglich Terminvereinbarungen auf den Anrufbeantworter sprechen darf.
7. Zusätzlich wird die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung berücksichtigt.

Garbsen, den

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vertreter der Praxis)

(Unterschrift Patient / Klient)



Datenschutzerklärung / Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Name, Vorname:

Straße:

Geburtsdatum:

Hiermit willige ich **freiwillig und vor Beginn der Behandlung** ein, dass durch die o.g. Praxis personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt sowie an alle zur Vertragserfüllung notwendigen Beteiligten, z. B: **Krankenkasse, Arzt** übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden dürfen. Dabei werden Daten berücksichtigt, die auf dem persönlichen, telefonischen, elektronischen sowie postalischen Weg bekannt gegeben wurden.

- Kontakt mit dem Patienten bezüglich der **Terminabsprache** (innerhalb des Beratungszeitraumes)
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit der **Krankenkasse** oder dem Patienten (max. 1 Jahr nach Beratungsende)
- Nachweis der erbrachten Leistung innerhalb einer **Patientenakte** (mind. 10 Jahre nach Beratungsende)
- Kontakt der Praxis **angegebener Ärzte bezüglich der Therapieabsprache und Erhalt von relevanten Berichten und Blutergebnissen** (innerhalb des Beratungszeitraumes, max. 1 Jahr nach Beratungsende)
- Erstellen von **Therapieberichten** für die angegebenen Ärzte (max. 1 Jahr nach Beratungsende)
- Folgeangebote** (max. 3 Jahre nach Beratungsende)
- Ich willige dem Kontakt über **WhatsApp** unter der Nummer _____ ein. Mir ist bewusst, dass WhatsApp, Inc. (WhatsApp Ireland Limited, 4 Grand Canal Square, Grand Canal Harbour, Dublin 2, Irland) personenbezogene Daten, die auch auf Servern in Staaten außerhalb der EU (z.B. USA) verarbeitet werden. Diese Daten gibt WhatsApp an andere Unternehmen innerhalb und außerhalb der Facebook-Unternehmensgruppe weiter. Weitere Informationen enthält die Datenschutzrichtlinie von WhatsApp. o.g. Praxis hat weder genaue Kenntnis noch Einfluss auf die Datenverarbeitung durch die WhatsApp, Inc. WhatsApp ist unter dem Privacy-Shield-Abkommen zertifiziert und bietet hierdurch eine Garantie, das europäische Datenschutzrecht einzuhalten.

Folgende Hinweise habe ich erhalten:

Alle im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person werden unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Mein Einverständnis kann ich verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, mit der Folge, dass z. B. die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann und diese privat in Rechnung gestellt wird.

Einen Widerruf muss ich an die oben genannte Adresse richten.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf nicht an die o. g. Dritten weiterleiten.

Ich kann jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen und bin jederzeit berechtigt, Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Garbsen, den _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vertreter der Praxis)

(Unterschrift Patient / Klient)

Tel.: 05131 50 25 515

www.genussvollessen-ernaehrungsberatung.de

info@genussvollessen-ernaehrungsberatung.de