

Vertrag

über
Ernährungstherapeutische Beratungsleistungen
gemäß §§ 20 und §§ 43, SGBV

Zwischen _____ und (bitte tragen Sie hier Ihre Daten incl. Telefon/mobil/e-mail

Dipl. oec. troph. **Beate Daas** _____

Lerchenstraße 22(Innenhof) _____

24103 Kiel _____

Tel.:0431-97 99 56 84 _____

BeateDaas@gmx.de _____

Krankenkasse und Versichertennr./Geburtsdatum

Im Nachfolgenden „Patientin/Patient“

genannt. Zwischen beiden Parteien wird nachfolgender Vertrag geschlossen:

Frau Daas verpflichtet sich, nach derzeit geltenden, wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen in der Ernährungsmedizin und Ernährungswissenschaft zu beraten.

Frau Daas verpflichtet sich des weiteren bei Bedarf mit dem entsendenden Arzt das therapeutische Vorgehen zu besprechen und sich der berufsständischen Schweigepflicht zu unterwerfen. Frau Daas kann dazu Einsicht in die Ernährungstherapie wesentlichen Daten aus den Patientenakten nehmen.

Die Patientin/der Patient entbindet den entsenden Arzt mit anliegendem Formular von der ärztlichen Schweigepflicht, damit Frau Daas bei Bedarf die notwendigen Informationen über das Krankheitsgeschehen erhalten kann.

Die Patientin/der Patient verpflichtet sich, die vereinbarten Termine wahrzunehmen. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin bei Frau Daas persönlich oder durch Information via Anrufbeantworter/Mail vorzunehmen, **andernfalls sind die anfallenden Kosten für eine Beratungseinheit (60,- Euro) zu tragen**, es sei denn, ein ärztliches Attest liegt vor.

Der Eigenanteil der Beratungsgebühren ist am Ende jedes Gesprächstermins bar zu entrichten. Dafür enthält die Patienten/der Patient die Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse im Original.

Die Gebühren für ernährungstherapeutische Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart:

- Erstgespräch (ca. 60 min.) Euro 80,-

- Folgegespräche (45 min) Euro 60,-

(Krankenkassen erstatten i.d.R. bis zu 5 Gespräche, jedoch mit unterschiedlichen Zuzahlungsbeträgen)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift Beate Daas