

Anmeldung

Anschrift:

Name: _____ Telefon, privat: _____
Straße: _____ Telefon, berufl.: _____
Ort: _____ Fax: _____

Persönliche Daten:

Geb. am: _____ Familienstand: _____
Gewicht: _____ Kinder: _____
Größe: _____ Beruf: _____
BMI: _____

Behandelnder Arzt: _____ Krankenkasse: _____

Grund der Konsultation/ Diagnose: _____

Medikamente: _____

Rauchen Sie? _____

Empfehlung durch: _____

Patientenbestätigung:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich verbindlich an.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Frau Maren Ommen bei Bedarf Einsicht in meine Patientenunterlagen nehmen darf, die mir von meinem Arzt ausgehändigt werden und entbinde meinen betreuenden Arzt von der ärztliche Schweigepflicht. Ebenfalls entbinde ich Frau Maren Ommen als meine behandelnde Ernährungsberaterin von Ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem behandelnden Arzt
- dass der betreuende Arzt einen Bericht über den Verlauf der Ernährungstherapie erhält.
- dass meine Daten erfasst und gespeichert werden.
- dass ich das Informationsblatt zur Datenschutzverordnung erhalten habe.
- dass Termine, die nicht 24 h vorab von mir abgesagt werden, mit 35,- Euro in Rechnung gestellt werden. Davon ausgenommen sind Absagen aufgrund einer nachgewiesenen akuten Erkrankung.
- dass ich innerhalb 14 Tage diesen Vertrag widerrufen kann.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____