

## Anmeldung

**Anschrift:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon, berufl.: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten:**

Geb. am: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Taillenumfang: \_\_\_\_\_

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 der betreuende Arzt einen Bericht über den Verlauf der Ernährungstherapie erhält.
- dass meine Daten erfasst und gespeichert werden.
- dass das Informationsblatt zur Datenschutzverordnung zur Einsicht ausliegt.
- dass Frau Ommen mir E-Mails mit personenbezogenen Daten versenden und Nachrichten auf dem Anrufbeantworter bzw. Mailbox hinterlassen darf.
- dass versäumte Termine, die nicht 24 h vorab von mir abgesagt werden, mit 50% des Stundenhonorars in Rechnung gestellt werden können. Davon ausgenommen sind Absagen aufgrund einer nachgewiesenen akuten Erkrankung.
- dass ich innerhalb 14 Tage diesen Vertrag widerrufen kann.
- dass Maren Ommen und die im folgenden genannten Personen gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden werden: \_\_\_\_\_