

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: _____

Ort / Datum

Unterschrift Maren Ommen

Unterschrift beratene Person