

Beratungsvertrag



Zwischen:

Patient/ in:
Anschrift:

Versichertennummer:
Krankenversicherung:

und:

LYDIA
Ernährungstherapie

Lydia Kifer
Diätassistentin
Kirchröthe 1
95511 Mistelbach

nachfolgend als Auftraggeber /Klient/in genannt.

nachfolgend als Beraterin genannt

§1 Die Beraterin erbringt im Rahmen des Dienstleistungs- und Beratungsvertrages Leistungen nach § 43 SGB.

- ☐ Die ernährungstherapeutische /diättherapeutische Maßnahme wird gemäß einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung durchgeführt
- ☐ Die Ernährungsberatung erfolgt zu folgendem Schwerpunkt:

§2 Die Maßnahme umfasst folgende Leistungen:

- ☐ Intensivanamnese
- ☐ Umsetzung der ärztlich verordneten Diättherapie
- ☐ EDV-gestützte Erhebung des Ernährungsprotokolls
- ☐ Sonstiges:
- ☐ Erst- und Folgeberatungen
- ☐ Telefon- und Mailbetreuung
- ☐ Analyse des Ernährungsprotokolls

Praktische Unterweisungen

- ☐ Kühlschrankscheck
- ☐ Einkaufstraining
- ☐ Kochkurs / Lehrküche
- ☐

§3 Die Beraterin ist gemäß § 203 StGB gegenüber Dritten zur Schweigepflicht verpflichtet.

§4 Schweigepflichtenbindung:

Hiermit entbinde ich den Berater von seiner Schweigepflicht gegenüber:

- ☐ Arzt
- ☐ Psychotherapeuten
- ☐ Einzelperson/en

Name	Anschrift

Beratungsvertrag



§5 Die Vertragslaufzeit beginnt mit der Annahme des Angebotes und endet nach Erbringung der Leistungen aufgrund der im Kostenvoranschlag veranschlagten Beratungsstunden.

§6 Eine Beschreibung der Leistungen und Honorare entnehme Sie dem Kostenvoranschlag / den AGB.

- ☐ Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass eine Bezuschussung durch meine Krankenkasse erfolgen kann, ich jedoch selbst für die Einreichung der notwendigen Unterlagen zur Erstattung Sorge trage. Ich verpflichte mich hiermit termingerecht zur Zahlung der Kosten und bin mir bewusst, dass bei Minderleistung durch meine Krankenkasse, die Kosten dennoch in voller Höhe von mir zu tragen sind.
- ☐ Ich wurde darüber aufgeklärt, welche Auswirkungen das Fehlen einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung auf die veranschlagten Kosten hat.
- ☐ Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass Mehrkosten aufgrund von Zusatzleistungen oder einem erhöhten zeitlichen Aufwand entstehen können und von mir zu leisten sind.

Bei Nichteinhaltung eines Termins, der nicht mind. 24h vorher abgesagt wurde, entstehen Kosten in Höhe von 50% des Honorars.

Der Berater verpflichtet sich, Mehraufwendungen zu dokumentieren und dem Auftraggeber schriftlich mitzuteilen.

Die Kosten für die Beratungsleistung werden von mir sofort nach Erhalt der Rechnung auf das Konto von Frau Kifer beglichen.

- ☐ Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der genannten Angaben.
- ☐ Mit einer elektronischen Datenerfassung und -speicherung bin ich einverstanden: ja / nein
- ☐ Die Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt.
- ☐ Ich akzeptiere die AGB von **Lydia Ernährungstherapie**, eine Ausfertigung habe ich erhalten.
- ☐ Ich bin darüber informiert, dass die im Rahmen der Ernährungstherapie bzw. Ernährungsberatung an den Klienten weitergegebenen Informationen keine medizinischen Ratschläge darstellen und keine ärztliche Behandlung oder Therapie ersetzen.

Ort/ Datum

Ort/ Datum

Unterschrift Auftraggeber (Klient/-in)

Unterschrift Beraterin