

Patientenerklärung zur Ernährungsberatung / -therapie

>>> Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen <<<

Versicherter Name, Vorname:		geb. am:
Patient/Kind Name, Vorname:		geb. am:
Straße:		
PLZ:	Ort:	
E-Mail:		
Tel. Nr.:	Mobil:	
Krankenkasse:	Praxis/Ärztin/Arzt:	
Versicherten-Nr.:		

Kosten: Die Kosten einer Ernährungstherapie können gesetzliche Krankenkassen nach §43 SGB V ganz oder teilweise übernehmen.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Ewa Kania im Rahmen der Ernährungsberatung/-therapie Gesundheitsdaten (Größe, Gewicht, Alter, Diagnosen) erhebt und verarbeitet. Mir ist bekannt, dass die Erhebung dieser Daten für eine Ernährungsberatung/-therapie notwendig ist.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Ewa Kania zum Zwecke der Prüfung der Kostenübernahme einer Ernährungsberatung/-therapie durch meine gesetzliche Krankenkasse kontaktiert, die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie die Angaben zu meiner/-m behandelnden Ärztin/Arzt an diese übermittelt und im Falle einer Bewilligung der Kostenübernahme meine Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten zur Abrechnung verwendet.
- ☐ Die Datenschutzbestimmungen und die AGBs habe ich gelesen.
- ☐ Hiermit melde ich mich zur Ernährungsberatung/-therapie bei Ewa Kania an.

Schweigepflichtentbindungserklärung: Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt gegenüber Ewa Kania von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend meiner Behandlung. Ich entbinde ebenfalls Ewa Kania gegenüber meiner/m behandelnden/m Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht bezüglich meiner Ernährungsberatung/-therapie.

Bestätigungserklärung: Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Angaben richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in/Erziehungsberechtigte/r/gesetzl. Vertreter

**Bitte zusammen mit der ärztlichen Bescheinigung an Ewa Kania schicken
per Mail ernaehrungstherapie.kania@gmail.com, oder per Fax: 02421 489474**