

## Beratungsvereinbarung

### **Anbieter:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> savita Gesundheitszentrum<br>Dammer Str. 132<br>41066 Mönchengladbach<br>Tel: 02161 – 277 35 0<br>s.denner@savita.de<br>s.kautz@savita.de | <input type="checkbox"/> savita Gesundheitszentrum<br>Am Hasenberg 46<br>41462 Neuss<br>Tel: 02131 – 5297 85 54<br>s.kautz@savita.de | <input type="checkbox"/> savita Gesundheitszentrum<br>Von-Werth-Straße 5<br>41515 Grevenbroich<br>Tel: 02181 – 600 86 90<br>v.bernzen@savita.de |
|--|--|---|

### **Klient: Name**

### **Geb.:**

- Die diättherapeutische Maßnahme wird gemäß ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung durchgeführt.  
Schwerpunkte der Ernährungsberatung: \_\_\_\_\_

### **Die Beratung umfasst folgende Leistungen:**

- Umsetzung verordneter Diättherapie
- Erst- und Folgeberatungen
- Produktschulung
- Analyse und Optimierung Ernährungsprotokoll/Rezeptvorschläge

Der Anbieter ist gemäß §203 StGB gegenüber Dritten zur Schweigepflicht verpflichtet. Gegenüber folgenden Personen **entbinde ich den Anbieter von der Schweigepflicht:**

- Verordneter Arzt (Erhält Bericht nach Abschluss der Therapie)
- |       |           |         |
|-------|-----------|---------|
| Name  | Anschrift | Telefon |
| _____ | _____     | _____   |
- Ärzte des Adipositas- und Reflux- Zentrum Neuwerk

### **Dauer und Honorar:**

- 1 Erstberatung: 60,00€ und 5 Folgeberatungen zu je 45,00€ = 285,00€ Gesamtbetrag  
 1 Erstberatung: 60,00€ und 4 Folgeberatungen zu je 45,00€ = 240,00€ Gesamtbetrag

Ich verpflichte mich zur Übernahme der anfallenden Kosten. Diese können nach Absprache vom Kostenvoranschlag abweichen. Die Zahlung erfolgt **vor** der Beratung an der Rezeption in Bar/per ec:  vollständig  in Raten zu den einzelnen Terminen

### **Terminwahrnehmung:**

**Wir weisen darauf hin, dass bei Nichteinhaltung eines fest vereinbarten Termins oder bei kurzfristigen Absagen (am gleichen Tag), die eine anderweitige Besetzung nicht mehr möglich machen, wir diesen Ausfalltermin mit dem Betrag der Beratung/en in Rechnung stellen.**  
**Terminabsage erfolgt an Ihrem oben genannten Standort.**

Ich bestätige die Richtigkeit der genannten Angaben. Mit einer elektronischen Datenerfassung und Speicherung bin ich einverstanden.

**Für den Verlauf der Maßnahme trägt nicht der Berater allein bei. Nur durch meine Eigeninitiative und Eigenverantwortung komme ich zum Erfolg.**

---

Ort/Datum

Unterschrift Klient

---

Ort/Datum

Unterschrift Berater