

Beratungsvereinbarung

Anbieter:

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