



Anmeldung zur Ernährungsberatung und -therapie

Persönliche Daten

Vor-, Nachname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Handy _____

E-Mail _____

Krankenkasse (Anschrift) _____

Beratungserfolg

Ich nehme an der Ernährungsberatung eigenverantwortlich und freiwillig teil. Nur durch meine Eigeninitiative, Durchhaltevermögen und Motivation komme ich zum Erfolg.

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt/Therapeuten _____ und **Frau Astrid Schilling** von der gegenseitigen ärztlichen/gesetzlichen Schweigepflicht innerhalb der von mir in Anspruch genommenen Ernährungsberatung. Ich stimme zu, dass mein Arzt/Therapeut auf dessen Wunsch hin einen Beratungsbericht zum Beratungsverlauf erhält. Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen zum Zwecke der interdisziplinären Zusammenarbeit, die für den Behandlungs-/Beratungsprozess Bedeutung haben kann. Diese freiwillige Erklärung gilt für den Zeitraum der Beratung und kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Hierzu bedarf es meines Einverständnisses.

Datenschutz

Ich erteile meine freiwillige Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten (siehe 2. „Zweck der Datensammlung“ des von mir gesichteten Schreibens „Information zum Datenschutz“, einzusehen auf www.ernaehrungsberatung-schilling.de) von Astrid Schilling gesichtet und gespeichert werden dürfen. Sämtliche Angaben, die ich im Zuge dessen mache, unterliegen den Regelungen des Patientengeheimnisses und werden nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Ernährungsberatung & Therapie Astrid Schilling

Im Flath 19, 38542 Leiferde
05373 9829966
info@ernaehrungsberatung-schilling.de
www.ernaehrungsberatung-schilling.de

