



## Einverständniserklärung für die Ernährungsberatung via Video-Meeting

Hiermit erkläre ich mich bereit, die Ernährungsberatung bei  
**Ernährungsberatung & Therapie Astrid Schilling**

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

via Video-Meeting mittels Jitsi Meet in Anspruch zu nehmen.

Datenschutzrechtliche Regelungen entnehme ich den Nutzungsrechten des Anbieters. Mir ist bewusst, dass Frau Astrid Schilling dafür keine Haftung übernehmen kann.

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ernährungsberatung & Therapie Astrid Schilling**

Im Flath 19, 38542 Leiferde

05373 9829966

[info@ernaehrungsberatung-schilling.de](mailto:info@ernaehrungsberatung-schilling.de)

[www.ernaehrungsberatung-schilling.de](http://www.ernaehrungsberatung-schilling.de)

