

## Informationen und Bedingungen

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

ich freue mich, dass Sie sich zur Ernährungstherapie und -beratung bei mir angemeldet haben. Bitte beachten Sie folgende Informationen und bestätigen Sie die Kenntnisnahme mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank!

### Terminabsagen

Sollten Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitte ich Sie um eine Stornierung (schriftlich oder telefonisch) bis zu 30 Stunden vor dem vereinbarten Termin. Bei Absagen, die später oder gar nicht erfolgen, stelle ich die reservierte Zeit in Rechnung.

### Telefonische Auskünfte

Telefonische Auskünfte sind nur nach einer persönlichen Beratung möglich. Hierbei sind die ersten 5 Minuten der telefonischen Nachberatung unentgeltlich. Bei Nachberatungen ab 5 Minuten und länger gilt der Beratungstarif von € 100,-/Std. Auskünfte per E-Mail zu Gesundheitsfragen sind nur nach einer persönlichen Beratung möglich. Hier bitte ich Sie um präzise, kurze Einzel-Fragen.

### Honorar

Die Honorargestaltung erfolgt nach Zeiteinheiten. Für die **Einzelberatung** berechne ich einen Stundensatz (50 min) von € 100,-. Der Stundensatz beinhaltet auch die Vor- und Nachbereitung der Termine.

### Rechnungsstellung

Die Abrechnung der Beratungsleistungen erfolgt in der Regel nach jedem Termin durch eine Privatrechnung. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an Sie als Patienten. **Bite beachten Sie, dass nur Barzahlung oder Vorabkasse möglich ist.**

Als Oekotrophologin und Diätassistentin verfüge ich über die von den Kassen geforderten Anbieterqualifikationen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über Umfang und Höhe des Zuschusses. Bitte beachten Sie, dass der Leistungskatalog von privaten Krankenversicherungen nicht generell die Leistung „Ernährungs-/Diättherapie und/oder -beratung“ enthält.

### Kostenerstattungsmöglichkeiten

Die genannten Beratungsleistungen werden von Krankenkassen anerkannt und bezuschusst. Teilweise erfolgt eine Erstattung der Beratungskosten durch die gesetzlichen Krankenkassen für: Ernährungsberatung im Rahmen der Primärprävention (§ 20 SGB V), ernährungstherapeutische Leistungen mit ärztlicher Verordnung /§ 43 SGB V, ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation.

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und bin mit den genannten Bedingungen einverstanden:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Klient/in