

## Vereinbarung Ernährungsberatung

ANTJE MÜLLER  
DIPLOM-OECOTROPHOLOGIN  
JÄGERPFAD 39  
31789 HAMELN  
FON: 05151 - 40 63 96  
FAX: 05151 - 40 63 97  
USt.Nr. 2212405426 FA HAMELN

[WWW.ANTJEMUELLER.DE](http://WWW.ANTJEMUELLER.DE)  
WILLKOMMEN@ANTJEMUELLER.DE

ZERTIFIKAT  
ERNÄHRUNGSBERATERIN  
  
VERBAND DER  
OECOTROPHOLOGEN E.V.

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Arzt/Ärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Zu beachten: \_\_\_\_\_

Leistung: begl. rehabilitative Ernährungsberatung nach §43 SGB V: Erstgespräch 95,00 und

\_\_\_\_\_ Beratungseinheiten á 75,00 € \_\_\_\_\_ Beratungseinheiten á 50,00 € (Gruppe)

Gesamtbetrag \_\_\_\_\_ €\*

Ich überweise den Gesamtbetrag nach Rechnungsstellung zu Beginn der Beratung,  
(Rabatt 5 € pro Termin\*)

ODER:  
 Ich überweise in Raten nach Rechnungsstellung jeweils für 2 bzw. 3 Termine vorab.

die Vertragsbedingungen wurden mir ausgehändigt, ich habe sie zur Kenntnis  
genommen und stimme ihnen zu.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und stimme ihnen zu.

Hamelns, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in