

# Anmeldung zur Ernährungsberatung

Vom Patienten auszufüllen



weiblich     männlich     andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Patient/in

\_\_\_\_\_  
Geboren am

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail (Nur für Behandlungsinformation/KEINE Werbung)

\_\_\_\_\_  
Mobilfunk-Nr.

\_\_\_\_\_  
Festnetz-Nr.

\_\_\_\_\_  
Wann sind Sie tagsüber am besten zu erreichen?

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse (privat  oder gesetzlich  ?)  
Hausärzte im Elbe  
Dres. Zeigert, Meister, Börgerding  
Osdorfer Landstr. 137  
22609 Hamburg

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.

\_\_\_\_\_  
Name der/des behandelnden Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
Praxis/Adresse

**Schweigepflichtsentbindung:** Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der mich beratenden Ernährungsfachkraft und der Oviva AG bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.  
Ebenfalls entbinde ich meine Ernährungsfachkraft und die Oviva AG von der Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

**Kosten:** Eine typische Ernährungsberatung dauert ca. 3 Stunden über mehrere Sitzungen und kostet **EUR 80,- €** pro Stunde. Bei einer ernährungsbedingten Erkrankung übernimmt die gesetzliche Krankenkasse zumeist einen Großteil dieser Kosten, entscheidet aber immer nach Einzelfall. Um Ihnen Gewissheit zu geben, holen wir hierfür eine Bestätigung von Ihrer Krankenkasse ein. (Wenn nicht gewünscht, bitte streichen.)

Wird nach §20 (Prävention) beraten und abgerechnet, können die Kosten je nach Beratungsprogramm variieren.

Bei Verhinderung bitten wir Sie, uns telefonisch oder per E-Mail spätestens 24 Stunden im Voraus zu informieren. Andernfalls behalten wir uns vor, den vollen Preis zu berechnen.

**AGB und Datenschutzbestimmungen:** Ich willige ein, dass die Oviva AG die im Rahmen der Ernährungsberatung erhobenen Daten nach Maßgabe der Ziffer 3.2 der Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Meine Daten werden nicht für Werbezwecke verwendet und nicht an Dritte weiter gegeben, siehe hierzu Abschnitt 4 der Datenschutzbestimmungen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/-therapie bei der Oviva AG an.

**Die Datenschutzbestimmungen sowie die AGB habe ich gelesen und verstanden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient/in/Erziehungsberechtigte/r/gesetzl. Vertreter)

**Bitte inkl. ärztlicher Bescheinigung an Oviva faxen: +49 (0)30 555 720 36**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ärztliche Bescheinigung

Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung oder -therapie  
Ergänzende Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Für oben genannte(n) Patienten(in) wird eine Ernährungsberatung/-therapie auf Grund folgender Indikation erbeten:

- Adipositas BMI: \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck \_\_\_\_\_
- Fettstoffwechselstörung \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2 \_\_\_\_\_
- Gestationsdiabetes \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittelallergie/Intoleranz \_\_\_\_\_
- Magen-Darm-Erkrankung \_\_\_\_\_
- Mangelernährung \_\_\_\_\_
- Essstörung \_\_\_\_\_
- Krebserkrankung \_\_\_\_\_
- Hyperurikämie \_\_\_\_\_
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Rheuma/Gelenkerkrankung \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

---



---

### Hinweise

Die Ernährungsberatung/-therapie belastet nicht das ärztliche Heilmittelbudget.  
Die Ernährungsberatung/-therapie ist i.d.R. keine zuzahlungsbefreite Leistung.

Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes
-------	-------------------------------------