



Ernährungsberatung Dr. Weber - Textorstr. 90 - 60596 Frankfurt

GUT ESSEN – GUT FÜHLEN

Ernährungsberatung
Dr. Annette Weber

Diplom Oecotrophologin
Textorstraße 90
60596 Frankfurt - Sachsenhausen
Telefon: 069 - 5700 3187
Handy: 0177 - 738 5484
info@weber-ernaehrungsberatung.de
www.weber-ernaehrungsberatung.de

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG für eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung nach § 43 SGB V

Frankfurt am Main, 27.11.2019

zwischen
Name und Anschrift des Leistungserbringers
Dr. Annette Weber
Diplom Oecotrophologin
Zertifizierte Ernährungsberaterin VFED
Fachberaterin Allergologie DAAB
Textorstr. 90
60596 Frankfurt

und
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift des Patienten:
Straße, Hausnummer:
PLZ Ort:
Krankenkasse: Versicherungsnummer:

Für folgende Indikationen:
Förderung des bedarfsgerechten und gesunden Essverhaltens und damit die Unterstützung der Therapie der vorliegenden Erkrankung

- Motivation zu einem gesunden Essverhalten
- Förderung eines gesunden Essverhaltens und damit die Unterstützung der Therapie der vorliegenden Erkrankung
- Reduzierung des Medikamentenverbrauchs
- Langfristige Besserung der Gesundheit des Patienten

- Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der Maßnahme (Mahlzeitenplanung etc.)
- Optimierung des Koch- und Einkaufsverhaltens unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Alltagssituation
- Steigerung der Handlungskompetenz und der Selbstmanagement-Kompetenz
- Förderung der Bereitschaft zur Verbesserung der Lebensqualität
- Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Umsetzung
- usw.

Anzahl und Umfang der geplanten Leistung: (100 Euro pro 60 Minuten)

| | |
|--|-----------------|
| 1 Beratungseinheit á 60 Minuten (1 x 100 Euro) | 100 Euro |
| <u>4 Beratungseinheiten á 30 Minuten (4 x 50 Euro)</u> | <u>200 Euro</u> |
| Zu erwartende Gesamtkosten: | 300 Euro |

Ergänzende Leistungen:

| | |
|---|-----------------|
| Analyse eines 3-Tage-Ernährungsprotokolls | 80 Euro |
| Analyse eines 7-Tage-Ernährungsprotokolls | 130 Euro |
| computergestützte Analyse eines Verzehrprotokolls | 50 Euro |
| Erstellung eines Tagesplanes | 20 Euro |
| Berichterstattung an Arzt oder Kostenträger | je nach Aufwand |
| Bioelektrische Impedanz Messung (BIA) | 35 Euro |

Voraussichtliche Inhalte der Beratungseinheiten:

Inhalte der 1. Beratungseinheit:

- Indikationsbezogene Anamnese (Körperstatus, Vorerkrankungen, Familienanamnese, Sozialanamnese, Sichtung der ärztlichen Diagnose/Empfehlung, Labordaten, Befundberichte)
- Erste Informationsvermittlung zum Krankheitsbild
- Analyse und Optimierung des Essverhaltens
- Ggf. Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls
- Zielformulierung

Inhalte der Folgeberatungseinheiten, bis zu 4 Beratungseinheiten á 30 Minuten:

- Informationsvermittlung zum Krankheitsbild
- Praktische Umsetzung der diätetischen Maßnahmen (Mahlzeitenplanung, Koch- und Küchentechnik)
- Umsetzung in den Alltag und in besonderen Situationen
- Sensibilisierung für Körpersignale wie Hunger und Sättigung
- Genusstraining
- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Änderung der Gewohnheiten
- Stärkung von Motivation und Selbstmanagement-Kompetenzen
- Hinweise zu ergänzenden Beratungsangeboten / Selbsthilfegruppen

Voraussichtliche Inhalte der Beratungsleistung werden sein: siehe oben

Berater

Dr. rer. med. Annette Weber (Diplom-Oecotrophologin)

Zertifizierte Ernährungsberaterin VFED; Fachberaterin Allergologie DAAB

Einverständniserklärung Honorar:

Ich erkläre mich mit der o.g. Honorarvereinbarung in der Behandlungsvereinbarung einverstanden und werde die anfallenden Kosten jeweils nach Leistungserbringung bzw. Rechnungsstellung begleichen.

Information:

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten von den Krankenkassen/Privaten Krankenversicherungen nicht bzw. nur teilweise erstattet werden.

Vereinbarung über Art und Weise der Rechnungsstellung:

Die Rechnungsstellung erfolgt:

- direkt nach Leistungserbringung
- Sonstiges _____

Absagefrist und Ausfallgebühr:

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, sind mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls wird eine Ausfallgebühr von 50 % des Beratungshonorars fällig.

Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und andere Therapeuten von der Schweigepflicht gegenüber dem Ernährungsberater/-therapeuten und meinen Ernährungsberater/-therapeuten gegenüber meinen Ärzten/Therapeuten.

Informationen zum Datenschutz und Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bin mit der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Eine Übermittlung meiner Daten an Dritte darf nur mit meiner vorherigen Zustimmung oder wenn dies durch ein Gesetz erlaubt ist, erfolgen.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) sind Praxen verpflichtet, Patienten/Klienten darüber zu informieren, zu welchem Zweck sie ihre Daten erheben und verarbeiten. Ferner werden sie darüber informiert, welche Rechte ihnen in Sachen Datenschutz zustehen:

a. Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

Name: Dr. Annette Weber

Anschrift: Textorstr. 90, 60596 Frankfurt

Telefon: 069 / 5700 3187

E-Mail: info@weber-ernaehrungsberatung.de

Internet-Adresse: www.weber-ernaehrungsberatung.de

b. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. h) in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG.

Dies bedeutet, dass die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Leistungs-erbringer und Patient/Klient und die hieraus resultierenden Pflichten zu erfüllen.

Die Praxis verarbeitet zu diesem Zwecke meine personenbezogenen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, insbesondere aber auch Gesundheitsdaten wie Gewicht und Größe, BMI, Körperzusammensetzung, Laborwerte, Krankheitssymptome, Anamnesen, Diagnosen und Therapie-vorschläge. Zu diesem Zwecke kann es sein, dass der Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten von Ärzten oder anderen Ausübenden eines Gesundheitsberufes, in deren Behandlung ich bin, erhält.

Der Leistungserbringer muss meine personenbezogenen Daten und meine Gesundheitsdaten erheben, da

diese Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Behandlung sind. Eine sorgfältige Beratung und Behandlung kann nicht gewährleistet werden, wenn dem Leistungserbringer diese personenbezogenen Daten nicht vorliegen.

c. Weitergabe meiner Daten an Dritte

Die über mich erhobenen personenbezogenen Daten werden nur dann an Dritte übermittelt, wenn dies durch ein Gesetz erlaubt ist oder ich eine entsprechende Einwilligung erteilt habe. Empfänger von meinen personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, Krankenkassen und -versicherungen oder Verrechnungsstellen sein.

Zweck der Übermittlung ist entweder die Abrechnung der erbrachten Leistungen oder Klärung von medizinischen Fragen.

d. Der Leistungserbringer bewahrt meine personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies zur Durchführung meiner Behandlung erforderlich ist. Soweit der Leistungserbringer gesetzlich dazu verpflichtet ist, meine personenbezogenen Daten länger aufzubewahren, kann dies für mindestens 10 Jahre der Fall sein.

e. Ich habe das Recht, über meine vom Leistungserbringer verarbeiteten personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem verlangen, dass er unrichtige Daten berichtigt.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann ich verlangen, dass meine personenbezogenen Daten gelöscht, eingeschränkt oder auf Dritte übertragen werden. Soweit ich eine Einwilligung zur Daten-verarbeitung erteilt habe, kann ich diese widerrufen.

Ich kann mich zudem bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass meine personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeitet werden.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte

Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch

Postfach 31 63

65021 Wiesbaden

Telefon: 06 11/140 80; Telefax: 06 11/14 08-900 oder 901; E-Mail: poststelle{at}datenschutz.hessen{dot}de

Hinweis zur Abrechnung mit den Krankenkassen:

- o Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten für die Ernährungsberatung/Ernährungstherapie aufgrund der Qualifikation des Leistungserbringers/Beraters von den Krankenkassen/Privaten Krankenversicherungen ggf. bezuschusst werden können. Über die Möglichkeiten und die Höhe des Zuschusses erkundige ich mich bei meiner Krankenkasse.
- o Sonstiges:

Auf der Grundlage dieser Behandlungsvereinbarung werden die Leistungen vereinbart. Ich werde die Kosten unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse/meine Private Krankenversicherung begleichen. Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

.....
Datum Unterschrift des Leistungserbringers mit Vorname Name

.....
Datum Unterschrift des Klienten mit Vorname Name