

Beratungsvereinbarung

Zwischen dem Berater Sonja Kreuzer, Praxis für Ernährung und Sport

Adresse: Georg-Schweiger-Str.7, 85368 Moosburg

Mobil: 01638365049

Email: beratung@sonjakreuzer.de

Und dem Patienten/Kunden _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Email: _____

Mobiltelefon: _____

wird folgender Beratungsvertrag abgeschlossen:

§1 VERTRAGSGEGENSTAND

Der Ratsuchende nimmt eine Beratung des Ernährungsberaters in Anspruch.

§2 HONORAR, KOSTENERSTATTUNG

Das Honorar aufgrund einer ärztlichen Verordnung beträgt:

- Erstberatung 60 Minuten, 4 Folgeberatungen je 30 Minuten, Gesamtpreis 350 Euro
- Erstberatung 60 Minuten, 4 Folgeberatungen je 45 Minuten, Gesamtpreis 380 Euro
- Jahresprogramm inkl. 3 Monate Sport, (25 Treffen) 1500 Euro

Einzelpreis pro Stunde 120 Euro

Das Honorar ohne ärztliche Verordnung beträgt pro Stunde 120 Euro zuzüglich MwSt.

- Honorar siehe Beratungsvereinbarung RICHTIG ESSEN INSTITUT

Sonderregelung: _____

Kurse nach §20:

§3 AUFKLÄRUNG HINWEISE

Der Patient wurde Darauf hingewiesen, dass

- Die Behandlung des Beraters eine ärztliche Therapie nicht (vollständig) ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Berater unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen.
- Für die Erteilung einer Auskunft des Beraters an dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten/Kunden erforderlich ist.
- Die gesetzlichen/privaten Krankenversicherungen die Behandlungskosten nicht übernehmen. Die Patienten/Kunden haben die Behandlungskosten selbst zu tragen oder
- Die gesetzlichen/privaten Krankenversicherungen die Behandlungskosten übernehmen. Der Patient/Kunde hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Berater dem Patienten/Kunden aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Beraters gegenüber dem Patienten/Kunden unberührt.

§4 AUSFALLHONORAR

Versäumt der Patient/Kunde einen fest vereinbarten Behandlungstermin in, schuldet er dem Berater ein Ausfallhonorar in Höhe **von 100 Euro für einen in München vereinbarten Termin und 40 Euro für einen Termin in Moosburg. Dies gilt nicht**, wenn der Patient/Kunde **mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt** oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist.

§5 DATENSCHUTZ

Die Individuelle Ernährungsberatung wird durch die Praxis für Ernährung und Sport durchgeführt.

Ich willige ein, dass die Praxis für Ernährung und Sport, Sonja Kreuzer im Rahmen der individuellen Ernährungsberatung auf meine Person bezogene Daten sowie mich betreffende Daten erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt. Meine Daten sind geschützt und unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches X.

Zweck der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung ist meine Teilnahme an der individuellen Ernährungsberatung. Ohne die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten ist eine Teilnahme an der Beratung leider nicht möglich. Die Praxis für Ernährung und Sport, Sonja Kreuzer wird meine Daten streng vertraulich behandeln und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Eine Übermittlung der Daten erfolgt nur zwischen mir und der Praxis für Ernährung und Sport, und ggf. dem Richtig Essen Institut und Ihrer Krankenkasse, sollte das Richtig Essen Institut die Antragstellung und Abrechnung mit der Krankenkasse übernehmen.

Eine Weitergabe von Daten an weitere Dritte findet nicht statt.

Einsicht in die Daten haben nur Frau Kreuzer und ggf. Ihre Praktikanten. Als Informationsübermittlung kann das verschlüsselte Emailprogramm genutzt werden.

- Ich wurde darüber informiert, dass wenn ich mit Frau Kreuzer über Whatsapp kommuniziere, dass meine Daten nicht mehr geschützt sind.

Folgende Kommunikationsmittel können sie nutzen:

- Telefon
- SMS
- Email
- Whatsapp
- Threema (DSGVO konform)
- Signal (DSGVO konform)

§6 ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

- Der Berater wird von der Schweigepflicht nicht entbunden
- Der Berater wird von der Schweigepflicht entbunden und zwar für
 - den behandelnden Arzt: _____
 - den behandelnden Therapeuten: _____
 - andere: _____

Datum, Unterschrift des **Patienten/Kunden**

Datum, Unterschrift des **Beraters**