

IRIS FLÖHRMANN



Dipl. Oecotrophologin, Diätassistentin  
**Ernährungsberatung Stormarn**  
Dänenheide 26 ♦22926 Ahrensburg  
Tel.: 04102/ 47 38 27 ♦Fax: 04102/ 54 179  
e-mail: IF-EB-Stormarn@arcor.de

## Anmeldung zur Ernährungstherapie/-beratung

### Allgemeine Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy/Dienstlich: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Beruf: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Personen im Haushalt: \_\_\_\_\_

Sportliche Betätigung:  Nein  Ja Sportart: \_\_\_\_\_

Häufigkeit und Dauer der sportl. Betätigung: \_\_\_\_\_ x pro Woche für \_\_\_\_\_ Minuten

Behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Grund der Konsultation: \_\_\_\_\_

Bereits vorhandene Risiken oder Erkrankungen. (Wie z. B. Allergien, erhöhte Blutfettwerte, erhöhter Blutdruck, Verdauungsprobleme, Osteoporose, Rheuma, Krebs-, Nieren-, Schilddrüsenerkrankungen) \_\_\_\_\_

Medikamente (Name/Dosierung) \_\_\_\_\_

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Frau Dipl. oec. troph. Iris Flöhrmann bezüglich der von mir in Anspruch genommenen ernährungstherapeutischen Beratung. Diese Erklärung gilt für den Zeitraum der Beratung und kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Patientenerklärung

Ich verpflichte mich zur Übernahme der Kosten gemäß Anschreiben.

Eine eventuelle Terminänderung ist spätestens 2 Werktage vor dem Termin telefonisch oder per Fax bekannt zu geben. Unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mit 20,- € in Rechnung gestellt werden.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_