

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 _____