

Beratungsvereinbarung für Ernährungsberatung

TEILNEHMERDATEN

Vorname: _____

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon (tagsüber): _____

Heidi Bastian
Dipl.Oecotroph.
Ahornweg 1
14552 Michendorf
Tel. /Fax: 033205-23637
e-mail: info@heidi-bastian.de

Ja, ich möchte die Leistungen in Anspruch nehmen:

Zuschüsse der jeweiligen Krankenkassen zu den Ernährungsberatungseinheiten werden immer zusammen mit der Rechnungsbestätigung an den Versicherten gezahlt.

Einzelne Beratungseinheit mit Anamnese Preis: **75,-€**

jede weitere „**Beratung**“ wird nach den Minuten abgerechnet:
à 30 min. Preis: **45,-€**; à 45 min. Preis: **63,-€**; à 60 min. Preis: **85,-€**;

Anzahl der Folgeberatungen: ____ Gesamtpreis: _____ €

Ernährungsprotokoll: Analyse des Ist-Ernährungszustandes Preis: **15 €**

Anfahrtspauschale für Hausbesuche je Termin: Preis: **15 €**

Nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vorher) werden Ihnen in voller Höhe in Rechnung gestellt.

ZAHLUNGSART:

RECHNUNG

BAR

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Die Beratungspreise sind inkl. MwSt., sofern Sie vom Arzt eine ärztl. Überweisung/Verordnung haben. Liegt diese nicht vor, ist die Beratungsleistung MwSt.pflichtig.