



MAG. MARTINA MÜLLER

Klienten-Datenblatt

Um die Ernährungsbetreuung auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen zu können, bitte ich Sie, das nachfolgende Formular vorab auszufüllen und per Mail an mich retour zu senden oder zum Erstgespräch mitzubringen. Herzlichen Dank!

Vor- und Nachname

Wohnadresse

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Berufliche Tätigkeit

Geburtsdatum

Raucher/in

Ja

Nein

Größe

Gewicht

Behandelnde(r)/ zuweisende(r) Ärztin/ Arzt

Was sind Ihre **Beweggründe** für den Termin bei mir?

Welche **Ziele** möchten Sie erreichen?

Welche **Beschwerden/ Erkrankungen/ Unverträglichkeiten** liegen vor?

Nehmen Sie **Medikamente** oder **Nahrungsergänzungsmittel**? Wenn ja, welche?



MAG. MARTINA MÜLLER

Einverständniserklärung / Behandlungsvereinbarung

1. Ich habe die Informationen über **Ablauf und Verrechnung** (siehe dazu auch www.martina-mueller.at) der Therapie erhalten und bin mit der vorgeschlagenen Ernährungsbetreuung einverstanden.
2. Infos zum Honorar sind mir bekannt (siehe dazu auch www.martina-mueller.at). Ich wurde darüber informiert, dass **Honorarnoten** im Anschluss an die Therapie per **Bankomat** zu bezahlen sind.
3. Ich nehme zur Kenntnis, dass **vereinbarte** und von mir **nicht wahrgenommene Termine** mindestens **24 Stunden vorher abzusagen sind**. Andernfalls werden diese in Rechnung gestellt.
4. Ich bin damit einverstanden, dass **Informationen mit anderen Gesundheitsberufen ausgetauscht** werden, sofern dies für die Betreuung notwendig ist (z.B. behandelnde Ärzt*innen und Therapeut*innen).
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass **behandlungsrelevante Patient*innendaten** DSGVO konform erfasst und gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Klient