



Anamnesebogen

Persönliche Angaben :			
Name:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="text"/>
Straße, Nr. PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Größe:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?			
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>
Ernährungsumstellung	<input type="checkbox"/>	Ärztliche Empfehlung	<input type="checkbox"/>
Lebensqualität und Wohlbefinden verbessern	<input type="checkbox"/>		

Berufliche Situation:			
Ich bin berufstätig.	<input type="checkbox"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Arbeitsstunden pro Woche:	<input type="text"/>	Arbeitszeiten:	<input type="text"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>
Ich bin Rentner*in	<input type="checkbox"/>		
Ich studiere das Fach...	<input type="text"/>	Ich bin arbeitslos.	<input type="checkbox"/>
Ich mache eine Ausbildung als...	<input type="text"/>	Ich bin arbeitsunfähig seit:	<input type="text"/>

Soziale Situation: Ich bin ...			
verheiratet	<input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>
in einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	geschieden	<input type="checkbox"/>
verwitwet	<input type="checkbox"/>		
Haushalt:			
Ein/e Partner*in lebt mit mir.	<input type="checkbox"/>	Ich lebe mit meinen Eltern.	<input type="checkbox"/>
Ich lebe alleine.	<input type="checkbox"/>	Ich habe Kinder <input type="text"/> (Anzahl).	<input type="checkbox"/>



Gesundheitszustand:			
Erkrankung	Bitte ankreuzen.	Erkrankung	Bitte ankreuzen.
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Gicht/Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/>	Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Akne	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	Gallensteine	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Bitte ankreuzen:	Allergien:	Bitte notieren:
Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Fruktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>		
Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)	<input type="checkbox"/>		
Histaminintoleranz	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Erkrankungen: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Operationen: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			
Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln:			
Name:	Grund:		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Gynäkologische Informationen			
Ich bin derzeit schwanger	<input type="checkbox"/>	Es besteht ein Kinderwunsch.	<input type="checkbox"/>
Ich leide/litt an Schwangerschaftsdiabetes.	<input type="checkbox"/>	Menopause, seit wann?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>



Aktuelle Beschwerden			
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen/Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	Verstärktes Schwitzen	<input type="checkbox"/>
Verstopfungen: Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche (bitte Zahl eintragen)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Durchfall: Anzahl der Stuhlentleerungen pro Tag (bitte Zahl eintragen)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen/Reflux	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Völlegefühl/Blähungen	<input type="checkbox"/>
Schluckstörung/Kautörung	<input type="checkbox"/>	Geschmacksveränderungen	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Kostformen			
Vegetarisch	<input type="checkbox"/>	Vegan	<input type="checkbox"/>
„normale“ Mischkost (inklusive Fleisch/Fisch)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="text"/>
Diese Lebensmittel vertrage/mag ich nicht: <input type="text"/>			

Trinkverhalten			
Ich trinke insgesamt <input type="text"/> Liter täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Liter Wasser/ungesüßten Tee täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Liter zuckerhaltige Getränke täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Liter Light-/Zero-Getränke täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Tassen Kaffee täglich. Mit Milch <input type="checkbox"/> Mit Zucker <input type="checkbox"/>			
Wie häufig trinken Sie Alkohol?			
täglich	<input type="checkbox"/>	3-4 x wöchentlich	<input type="checkbox"/>
1-2 x wöchentlich	<input type="checkbox"/>	1-2x im Monat	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>		

Schlafqualität	Dauer: <input type="text"/> Stunden pro Nacht
gut	<input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/>
schlecht	<input type="checkbox"/>



Bewegung und sportliche Aktivität		
Ich treibe Sport. <input type="checkbox"/>	Welchen?	<input type="text"/>
	Wie oft?	<input type="text"/>
Ich habe Bewegung im Alltag.	< 30 min	<input type="checkbox"/>
	< 60 min	<input type="checkbox"/>
	>60 min	<input type="checkbox"/>

Raucherstatus		
Ich rauche. <input type="checkbox"/>	Wie viel am Tag?	<input type="text"/>
	Seit wann?	<input type="text"/>
Ich rauche nicht mehr seit: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Stresslevel									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das macht für mich eine ungesunde und nicht meinem Bedarf entsprechende Ernährung aus:
<input type="text"/>

Das macht für mich eine gesunde & bedarfsdeckende Ernährung aus:
<input type="text"/>

Was sind Ihre Erwartungen an die Ernährungsberatung?
<input type="text"/>

Was erwarten Sie von mir als Beraterin?
<input type="text"/>

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
<input type="text"/>



Behandlungsvereinbarung

zwischen Beraterin

Frau Alicia Geibel, Am Bahnhof 5, 56743 Mendig

M.Sc. Ernährungstherapie, Ernährungsberaterin/DGE

info@alicia-geibel.de – 016093455384

und Klient*in

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:
Ich bin einverstanden über WhatsApp kontaktiert zu werden:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Vertragsgegenstand:

Mit dieser Behandlungsvereinbarung wird eine Ernährungsberatung/Ernährungstherapie von der obenstehenden Beraterin in Anspruch genommen.

Honorarvereinbarung:

- **Ernährungsberatung/Ernährungstherapie:** In der Regel wird ein **Zeitfenster von 60 Minuten** eingeplant. Nach individuellem Bedarf und zeitlichem Verfügungsrahmen kann die Beratungsdauer ausgedehnt oder gekürzt werden. Die grundsätzliche Honorargestaltung ist der untenstehenden Tabelle zu entnehmen und orientiert sich an den Empfehlungen der Berufsverbände.

Beratungsdauer	Wert
60 Minuten	110 €
45 Minuten	85 €
30 Minuten	55 €

- **Ernährungsanalyse:** Diese erfolgt vor der Erstberatung und entspricht einem Wert von **100 €** und ist **einmalig** zu begleichen. Das PDF-Dokument erhalten Sie per E-Mail bei Onlineberatung oder ausgedruckt bei Beratungen in der Praxis. Dieses enthält:
 - Individueller Energie- und Nährstoffbedarf
 - Übersicht zur aktuellen Makro- und Mikronährstoffversorgung
- **Gutachten-Erstellung:** Fällt je nach Krankheitsbild die Stellung eines Gutachtens für die Krankenkasse an, z.B. in der Adipositaschirurgie, erhebe ich eine **pauschale Gebühr von 50 €**.
- Verbindliche Angaben zur benötigten Anzahl von Beratungssitzungen sind im Vorfeld nicht immer möglich. Die Behandlung kann jederzeit beendet werden, unabhängig von der Notwendigkeit weiterer Sitzungen.

Einverständniserklärung Honorar:

Ich erkläre mich mit der o.g. Honorarvereinbarung in der Behandlungsvereinbarung einverstanden. Auf der Grundlage dieser Behandlungsvereinbarung werden die Leistungen vereinbart.

Ich werde die Kosten unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse/meine Private Krankenversicherung jeweils nach Leistungserbringung bzw. Rechnungsstellung begleichen. Das Honorar wird direkt an Alicia Geibel gezahlt.



Zahlungsbedingungen:

- Die Bezahlung erfolgt direkt nach dem Termin in **bar oder mit Karte**.
- Die Rechnungsstellung erfolgt nach Leistungserbringung ausschließlich **per E-Mail**.

Absagefrist

Wenn Sie den ausschließlich für Sie reservierten Termin nicht mindestens **24 Stunden vorher absagen**, kann keine kurzfristige Neuvergabe des Termins erfolgen. In diesem Falle werden Ihnen die **Therapiekosten in voller Höhe** in Rechnung gestellt. Bitte achten Sie demnach auf eine **rechtzeitige Absage**, falls Sie verhindert sind.

Schweigepflicht und Schweigepflichtentbindung:

Die Beraterin unterliegt der Schweigepflicht. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und andere Therapeuten von der Schweigepflicht gegenüber der Ernährungsberaterin/-therapeutin und meine Ernährungsberaterin/-therapeutin gegenüber meinen Ärzten/Therapeuten.

Abrechnung mit den Krankenkassen

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten eine Ernährungsberatung/Ernährungstherapie aufgrund der Qualifikation von Frau Geibel von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen ggf. bezuschusst werden könnte.

Über die Höhe der Bezuschussung erkundige ich mich selbst bei meiner Krankenkasse.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bin mit der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Eine Übermittlung meiner Daten an Dritte darf nur mit meiner vorherigen Zustimmung oder wenn dies durch ein Gesetz erlaubt ist, erfolgen.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) sind Praxen verpflichtet, Patienten/Klienten darüber zu informieren, zu welchem Zweck sie ihre Daten erheben und verarbeiten. Alle Informationen rund um den Datenschutz habe ich aufmerksam unter www.alicia-geibel.de/datenschutz gelesen.

Zusätzliche Informationen:

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die auf der Website www.alicia-geibel.de zu finden sind, habe ich mir ausführlich durchgelesen.

Mir ist bewusst, dass der Erfolg der Beratung oder der Therapie von meiner Mitarbeit abhängt. Es kann **keine Garantie** gewährleistet werden.

Schlussbestimmung:

Vertragsänderungen müssen für ihre Wirksamkeit schriftlich festgehalten werden.

Ort, Datum, Unterschrift der Leistungserbringern

Ort, Datum, Unterschrift Kund*in