



Anamnesebogen

Persönliche Angaben :

Name:		Geschlecht:	
Straße, Nr. PLZ, Ort		E-Mail:	
Telefonnummer:		Größe:	
Geburtsdatum:		Gewicht:	

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

Gewichtsabnahme	☐	Gewichtszunahme	☐
Ernährungsumstellung	☐	Ärztliche Empfehlung	☐
Lebensqualität und Wohlbefinden verbessern	☐		

Berufliche Situation:

Ich bin berufstätig.	☐	Beruf:	
Arbeitsstunden pro Woche:		Arbeitszeiten:	
Schichtarbeit	☐	Nachtarbeit	☐
Ich bin Rentner*in	☐		
Ich studiere das Fach...		Ich bin arbeitslos.	☐
Ich mache eine Ausbildung als...		Ich bin arbeitsunfähig seit:	

Soziale Situation: Ich bin ...

verheiratet	☐	ledig	☐
in einer Partnerschaft	☐	geschieden	☐
verwitwet	☐		

Haushalt:

Ein/e Partner*in lebt mit mir.	☐	Ich lebe mit meinen Eltern.	☐
Ich lebe alleine.	☐	Ich habe Kinder (Anzahl).	☐



Gesundheitszustand:			
Erkrankung	Bitte ankreuzen.	Erkrankung	Bitte ankreuzen.
Erhöhte Blutfettwerte	☐	Gicht/Hyperurikämie	☐
Diabetes Typ 1	☐	Diabetes Typ 2	☐
Erhöhter Blutdruck	☐	Schlafprobleme	☐
Osteoporose	☐	Herzerkrankung	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Gefäßerkrankung	☐
Nierenerkrankung	☐	Lungenerkrankung	☐
Morbus Crohn	☐	Colitis ulcerosa	☐
Neurodermitis	☐	Akne	☐
Rheuma	☐	Arthrose	☐
Bauchspeicheldrüsenerkrankung	☐	Lebererkrankung	☐
Autoimmunerkrankung	☐	Krebserkrankung	☐
Multiple Sklerose	☐	Gallensteine	☐
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Bitte ankreuzen:	Allergien:	Bitte notieren:
Laktoseintoleranz	☐		
Fruktoseintoleranz	☐		
Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)	☐		
Histaminintoleranz	☐		
Sonstige Erkrankungen: 			
Operationen: 			
Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln:			
Name: 		Grund: 	
Gynäkologische Informationen			
Ich bin derzeit schwanger	☐	Es besteht ein Kinderwunsch.	☐
Ich leide/litt an Schwangerschaftsdiabetes.	☐	Menopause, seit wann?	



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

Besondere Kostformen			
Vegetarisch	☐	Vegan	☐
„normale“ Mischkost (inklusive Fleisch/Fisch)	☐	Sonstiges:	

Diese Lebensmittel vertrage/mag ich nicht:

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

Schlafqualität	Dauer: Stunden pro Nacht
gut	☐
mittel	☐
schlecht	☐



Bewegung und sportliche Aktivität

Ich treibe Sport. ☐	Welchen?	
	Wie oft?	
Ich habe Bewegung im Alltag.	< 30 min	☐
	< 60 min	☐
	>60 min	☐

Raucherstatus

Ich rauche. ☐	Wie viel am Tag?	
	Seit wann?	
Ich rauche nicht mehr seit: ☐		

Stresslevel

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Das macht für mich eine ungesunde und nicht meinem Bedarf entsprechende Ernährung aus:

Das macht für mich eine gesunde & bedarfsdeckende Ernährung aus:

Was sind Ihre Erwartungen an die Ernährungsberatung?

Was erwarten Sie von mir als Beraterin?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?



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 ☐ NEIN ☐	

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.

Beratungsdauer	Wert
60 Minuten	95 €
30 Minuten	50 €
45 Minuten	75 €

- **Ernährungsanalyse:** Dies erfolgt außerhalb der Beratung, entspricht einem Wert von **95 €** 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.
- 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.
- **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 30 €**.

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.



Vereinbarung über Art und Weise der Rechnungsstellung:

- Die Rechnungsstellung erfolgt nach Leistungserbringung ausschließlich **per E-Mail**.
- Rechnungen sind innerhalb von **14 Tagen** zu begleichen, falls dies nicht passiert, folgt 30 Tage nach Rechnungsdatum ohne weitere Aufforderung die erste Mahnung.

Absagefrist

Wenn Sie den ausschließlich für Sie reservierten Termin nicht mindestens **24 Stunden vorher absagen**, kann keine kurzfristige Neuvergabe 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