

# Patientenerklärungen zur Ernährungsberatung/-therapie

**Pflichtfelder\*** ▶ von Patient/in auszufüllen soweit zutreffend bzw. gewünscht (TEXT BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN)

weiblich  männlich  divers

**Name, Vorname Patient/in:\***

**Geboren am:\***

**Bei Minderjährigen: Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r\***

**Straße, Hausnummer:\***

**PLZ, Ort:\***

**Mobilfunk-Nr. (Für Kontaktaufnahme und Terminkoordination):**

**E-Mail\* (Für Behandlungsinformationen und Rechnungsversand):**

**Name der Krankenkasse (  privat oder  gesetzlich?)\*:**

**Festnetz-Nr. (Für Kontaktaufnahme und Terminkoordination):**

**Versicherten-Nr.:**

Praxis Adresse:

Name des/der behandelnden Arztes/Ärztin:

**Kosten:** Die Kosten einer präventiven Ernährungsberatung können gesetzliche Krankenkassen als Satzungsleistung nach § 20 SGB V bezuschussen. Die Kosten einer Ernährungstherapie können gesetzliche Krankenkassen nach § 43 SGB V unter bestimmten Anforderungen ganz oder teilweise übernehmen. Die Übernahme kann in beiden Fällen je nach Krankenkasse und dem Programm, das für Sie geeignet ist, variieren. Ob und unter welchen Voraussetzungen Ihre private Krankenversicherung die Kosten einer Ernährungsberatung/-therapie erstattet, ergibt sich aus den geltenden Krankenversicherungsbedingungen. Näheres zu den Kosten entnehmen Sie unseren AGB.

## Ernährungsberatung/-therapie

**Einwilligungserklärung Ernährungsberatung/-therapie\* Soweit zutreffend, bitte ankreuzen**

Ich bin damit einverstanden, dass die Oviva AG im Rahmen der Ernährungsberatung/-therapie Gesundheitsdaten (z.B. Größe, Gewicht, Alter, Ernährungs- und Essverhalten, Diagnosen, Komorbiditäten), insbesondere auch die Gesundheitsdaten, die ich elektronisch (z.B. über die Oviva App) übermittle, erhebt und verarbeitet. Diese Einwilligung kann jederzeit z.B. per E-Mail an kontakt@oviva.com von mir für die Zukunft widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass die Durchführung einer Ernährungsberatung/-therapie ganz ohne Angaben von Gesundheitsdaten leider nicht möglich ist.

**Einwilligungserklärung zur Übersendung des Kostenvorschlags an die Krankenkasse\* Soweit zutreffend, bitte ankreuzen**

Ich bin damit einverstanden, dass die Oviva AG zum Zwecke der Prüfung der Kostenübernahme einer Ernährungsberatung/-therapie durch meine gesetzliche Krankenkasse die von mir in diesem Formular angegebene Krankenkasse kontaktiert, die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie die Angaben zu meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt an diese übermittelt und im Falle der Bewilligung der Kostenübernahme meine personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten zu Abrechnungszwecken verwendet. Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich die Leistungen der Oviva AG als Selbstzahler in Anspruch nehmen kann und eine Anfrage bei meiner Krankenkasse und die Übermittlung von personenbezogenen Daten nicht notwendig ist. Diese Einwilligung kann jederzeit z.B. per E-Mail an kontakt@oviva.com für die Zukunft widerrufen werden.

**Die Datenschutzbestimmungen analog sowie die AGB habe ich gelesen und verstanden\* Soweit zutreffend, bitte ankreuzen**

**Hiermit melde ich mich zur Ernährungsberatung/-therapie bei der Oviva AG an\* Soweit zutreffend, bitte ankreuzen**

**Schweigepflichtentbindungserklärung:** Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt gegenüber der Oviva AG und der mich beratenden qualifizierten Fachkraft von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend meiner Behandlung. Ferner entbinde ich die Oviva AG und die mich beratende qualifizierte Fachkraft gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht bezüglich meiner Ernährungsberatung/-therapie.

**Bestätigungserklärung:** Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in/Erziehungsberechtigte/r/gesetzl. Vertreter)

**Bitte inkl. ärztlicher Bescheinigung an Oviva faxen: +49 (0)30 700 143 1062**