

# Vertrag zur Ernährungsberatung

Zwischen der

---

Name und Anschrift der Apotheke

und

---

Name und vollständige Anschrift des Patienten

wird nachstehender Vertrag über eine Ernährungsberatung geschlossen:

Die Ernährungsberatung wird mit folgenden Schwerpunkten durchgeführt (bitte ankreuzen):

- gesunde Ernährung
- Gewichtsreduktion
- Ernährungsumstellung aufgrund von
  - Nahrungsmittelallergien /-unverträglichkeiten
  - Schwangerschaft / Stillzeit
  - Alter
  - hoher sportlicher Aktivität
  - Erkrankung: \_\_\_\_\_
- besondere Ernährungsformen (z.B. vegetarische Ernährung)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Ernährungsberatung umfasst folgende Leistungen:

- Ausführliche Ernährungsanamnese
- Zielfestlegung: \_\_\_\_\_
- Ausführliche Beratung inkl. Ernährungsprotokoll

Diese Leistung umfasst die Zielüberprüfung, die Erstellung einer Ernährungsempfehlung unter Berücksichtigung der Ziele des Patienten und seiner individuellen Situation, die Beratung und Dokumentation für den Patienten.

- Es werden \_\_\_\_\_ Folgeberatungen veranschlagt.
- Dauer der Erstberatung: \_\_\_\_\_ Minuten.
- Dauer der jeweiligen Folgeberatung: \_\_\_\_\_ Minuten
- Das Honorar für die Erstberatung beträgt \_\_\_\_\_ Euro.
- Pro Folgeberatung wird ein Honorar in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro erhoben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Apotheker/in

---

Unterschrift Patient/in