

# Beratungsvereinbarung

**Zwischen**

ABissZ Coaching GmbH  
 Hans-Fleissner-Straße 2a  
 63329 Egelsbach  
 06103-573920-1  
 info@foodthinking.de

**und**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

**LEISTUNGEN UND PFLICHTEN**

Die Beratung, das Coaching (im Folgenden: „Beratung“) wird nach den Grundsätzen der ordnungsgemäßen Berufsausübung und Berufsordnung von \_\_\_\_\_ Diätassistentin (Beraterin) durchgeführt.

Durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Fachkraft ist gewährleistet, dass stets nach den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften und dem neuesten Stand der Ernährungsmedizin beraten wird.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass im Mittelpunkt der Dienstleistungen mein individuelles gesundheitliches Wohl steht und für eine erfolgreiche Zusammenarbeit vollständige und wahrheitsgemäße Angaben bezüglich Körpergröße und Körpergewicht, Vorerkrankungen, aktuellen Erkrankungen und Medikamenten, ärztlichen Behandlungen und Diäten bzw. Ernährungsweisen/ -gewohnheiten von mir gemacht werden müssen. Bei falschen Angaben zu meinen persönlichen Daten, besteht keine Haftung. Ebenfalls besteht keine Haftung bei nicht Einhaltung der Anleitungen, Empfehlungen und Informationen oder eigenmächtigen Änderungen der Beratungsunterlagen. Die Umsetzung der Beratungsinhalte ist ein eigenverantwortlicher Prozess und dessen Erfolg abhängig vom Engagement und der Veränderungsbereitschaft von mir. Daher können konkrete Ergebnisse nicht garantiert werden. Der Berater steht als Prozessbegleiter, Coach und Initiator zur Verfügung, die Veränderungsarbeit muss von mir selbst geleistet werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Beratung keinen Arztbesuch und somit auch keine ärztliche Therapie ersetzt, durch die Beratung kann eine ärztliche Therapie maximal ergänzt werden. Wenn weiterer ärztlicher Rat erforderlich ist, werde ich unverzüglich darauf hingewiesen. Ebenfalls muss ich vor dem Verzehr von Lebensmitteln die im Rahmen meiner Beratung empfohlen und besprochen wurden eigenverantwortlich prüfen, ob die darin enthaltenen Zutaten oder Inhaltsstoffe Unverträglichkeiten oder Allergien bei mir auslösen können.

Ist die vereinbarte Beratung erfolgt, gilt die Leistung als erbracht. Die Leistung ist nach Erbringung bzw. Erhalt nicht mehr rückgabefähig, ebenso besteht kein Widerrufsrecht nach Erhalt der Leistung.

1 \_\_\_\_\_

**SCHWEIGEPFLICHT**

Der Berater ist gemäß §203 StGB gegenüber Dritter zur Verschwiegenheit verpflichtet.  
 Der Berater wird von mir von der Schweigepflicht entbunden, gegenüber folgender/n Person/en:

- dem behandelnden Arzt: \_\_\_\_\_
- dem behandelnden Therapeuten: \_\_\_\_\_
- Anderen: \_\_\_\_\_

**DAUER UND HONORAR**

Die Beschreibung der Leistungen und Honorare entnehme ich dem Kostenvoranschlag bzw. dem Angebot. Ich verpflichte mich zur Übernahme der anfallenden Kosten. Für die evtl. Bezuschussung der Kosten durch meine Krankenkasse bin ich selbst verantwortlich. Bei Online-Beratungen trage ich eventuell bei mir anfallende (Telefon- oder Internet-) Kosten selbst.

Die Beratungsgebühr zahle ich per Überweisung:

- Nach jedem Termin
- In folgenden Raten:
 

1.	€	fällig am: _____
2.	€	fällig am: _____
3.	€	fällig am: _____
- Sonstiges:
- Rechnung darf per Mail zugesendet werden

**TERMINABSAGE | RÜCKTRITT VOM VERTRAG**

Sollte der Berater ausfallen, so kann die ABissZ Coaching GmbH von der Vereinbarung zurücktreten, Termine verschieben oder absagen. Dies gilt ebenso für Seminare, Workshops, Schulungen, etc. wenn die Mindestanzahl an Teilnehmern nicht erreicht wird.

Ich bin darüber informiert worden, dass bei Nichteinhaltung oder Stornierung eines Termins meinerseits – gleich aus welchen Gründen - die ABissZ GmbH das Recht hat, die bis dahin angefallene Kosten zu berechnen, mindestens aber einer Aufwandsentschädigung in Rechnung zustellt. Termine können in dringenden Fällen bis 24 Stunden vor Terminbeginn kostenfrei abgesagt werden.

2 \_\_\_\_\_

**KONTAKTAUFNAHME**

Ich bin damit einverstanden über folgende Kommunikationsmittel kontaktiert zu werden bzw. zu kommunizieren:

- Telefon
- SMS
- E-Mail
- Whatsapp
- Telegram
- IMessage
- Microsoft Teams

Ich wurde darüber informiert, dass die Datenübertragung bei einer Kommunikation per Telefon, SMS, WhatsApp, iMessage, Telegram, E-Mail, Microsoft Teams, Skype, Kontaktformularen, Terminplaner, etc. Sicherheitslücken aufweisen kann und meine Daten möglicherweise nicht mehr ausreichend geschützt sind. Ein lückenloser Schutz meiner Daten, über diese Kommunikationsmittel, vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich. Bevor ich Gesundheitsdaten per E-Mail o.ä. übermittle, berücksichtige ich dieses.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass unter besonderen Umständen (z. B. Lockdown, Pandemie), über diese Medien auch meine Beratung durchgeführt werden kann.

### DATENSCHUTZ

Mit einer elektronischen Datenerfassung bin ich einverstanden. Die ABissZ Coaching GmbH verpflichtet sich nach der EU- DSGVO, meine Personen bezogenen Daten, sowie mich betreffende Daten vertraulich zu behandeln und ausschließlich zum Zwecke der Durchführung und Dokumentation der vereinbarten Leistungen zu erheben, zu speichern und zu nutzen. Ohne die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten ist eine Teilnahme an der Beratung nicht möglich. Ich kann jederzeit Auskunft zu den im Zusammenhang mit meiner Person gespeicherten Daten verlangen. Meine personenbezogenen und mich betreffenden Daten werden nur dann an Dritte übermittelt, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder ich eingewilligt habe (Steuerberater\*in, Finanzamt, Krankenkasse, Entbindung der Schweigepflicht). Empfänger meiner Daten können vor allem Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen sein. Die Übermittlung erfolgt hauptsächlich zur Klärung von medizinischen und sich aus meinem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall kann die Übermittlung meiner Daten an weitere berechtigte Empfänger erfolgen. Ebenfalls bin ich darauf hingewiesen worden, dass die im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis und der erbrachten Leistung entstandenen personenbezogenen Daten von mir nur so lange gespeichert werden, wie es für die Erfüllung des jeweiligen Zweckes, für den ich der ABissZ GmbH meine Daten übermittelt habe, für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen oder behördlichen Anforderung erforderlich ist. Weitere Informationen zum Datenschutz befinden sich in der der Vereinbarung beigelegten Information zum Datenschutz.

### MEINE RECHTE

Ich habe das Recht, über die mich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen. Darüber hinaus steht mir unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ich habe ferner das Recht, mich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Diese Erlaubnis kann jederzeit widerrufen werden. Ebenfalls kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

### BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner genannten Angaben. Ebenfalls bestätige ich vor der Beratung ausführlich informiert worden zu sein und erkläre mich mit allem Einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir neben der Beratungsvereinbarung die Anlagen

AGB,  Datenschutz und  Kostenvoranschlag

bekannt sind, ich diese verstanden habe und anerkenne.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift