

Anlage zum Vertrag



Besondere Versorgung Adipositas

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen!

Allgemeine Angaben (Vertragsinhaber)

Titel: _____ Anrede: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

Falls bereits Bodymed-Partner bitte ausfüllen

Bodymed-Center: _____

Kunden-Nr: _____

Bankverbindung Praxiskonto für Gutschriften der BV

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

IBAN: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Bitte wenden.



Qualifikation Ernährungsberatender Arzt

Bitte **EINE VARIANTE** auswählen und entsprechend ausfüllen!

Variante 1: Ernährungsmediziner (GKV zugelassen)

Bodymed Grundlagenseminar oder Kompaktseminar besucht am: _____

BITTE KOPIE BEILEGEN: Fachkundenachweis Ernährungsmedizin nach dem 100 h Curriculum der Bundesärztekammer

HINWEIS: Teilnahme am Vertrag „Besondere Versorgung Adipositas“:
Alle Krankenkassen*, die in Kooperation mit der Bodymed AG stehen.

* alle teilnehmenden Krankenkassen finden Sie unter: www.bodymed.com/besondere-versorgung-fachkreise/

Variante 2: Zertifizierte Diabetologische Schwerpunktpraxis

Praxisinhaber:
Bodymed Grundlagenseminar oder Kompaktseminar besucht am: _____

Ernährungsfachkraft:
Bodymed Grundlagenseminar oder Kompaktseminar besucht am: _____

BITTE KOPIE BEILEGEN: Zertifikat der DDG

HINWEIS: Teilnehmende Krankenkassen finden Sie unter: www.bodymed.com/besondere-versorgung-fachkreise/

Variante 3: Arzt (GKV zugelassen) in Zusammenarbeit mit zertifizierter Ernährungsfachkraft oder Ernährungsmediziner (nicht GKV zugelassen)

Arzt:
Bodymed Grundlagenseminar oder Kompaktseminar besucht am: _____

Ernährungsfachkraft/Ernährungsmediziner:
Bodymed Grundlagenseminar oder Kompaktseminar besucht am: _____

BITTE KOPIE BEILEGEN:

- Zertifikat der Ernährungsfachkraft nach VDOe, Quetheb, VFED, DGE, Diätassistentin VDD
- Fachkundenachweis Ernährungsmedizin nach dem 100 h Curriculum der Bundesärztekammer

HINWEIS: Teilnehmende Krankenkassen finden Sie unter: www.bodymed.com/besondere-versorgung-fachkreise/

HIERMIT BESTÄTIGE ICH:

_____ meine Zusammenarbeit mit _____
Name Ernährungsfachkraft/Ernährungsmediziner Name Vertragsinhaber

im Rahmen der Besonderen Versorgung Adipositas zur Umsetzung der Ernährungsberatung nach dem Bodymed Programm.

Ort, Datum Unterschrift Ernährungsfachkraft/Ernährungsmediziner

Änderung die Auswirkungen auf Ihre Teilnahme am Vertrag „Besondere Versorgung Adipositas“ haben, müssen unverzüglich in schriftlicher Form der Bodymed AG (Managementgesellschaft) mitgeteilt werden!

Ort, Datum Unterschrift Vertragsinhaber