

**ANTRAG**

AUF BUNDESWEITE REGISTRIERUNG ZUR AUSÜBUNG QUALIFIZIERTER  
ERNÄHRUNGSTHERAPIE / ERNÄHRUNGSBERATUNG DURCH DAS INSTITUT QUETHEB e. V.  
(Stand: Juli 2007)

**1. PERSÖNLICHE DATEN**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung/Titel: \_\_\_\_\_

**Anschrift, privat:**

Straße: \_\_\_\_\_

LK: \_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Anschrift, geschäftlich:**

Straße: \_\_\_\_\_

LK: \_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

**2. TABELLARISCHER LEBENSLAUF,  
BERUFLICHER WERDEGANG**

*Anlage*

**PASSBILD**

*Anlage*

**3. NACHWEIS ÜBER AUSBILDUNGSABSCHLUSS**

*Anlage*

**4. ZUSATZQUALIFIKATIONEN**

*Nachweise in der Anlage*

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

**5. FORT- UND WEITERBILDUNGSMAßNAHMEN**

*Nachweise in der Anlage*

**6. QUALIFIKATIONEN IM BEREICH**

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

(Nachweise auf Anforderung)

*Titel der Projekte/Aktionen*

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

*eigene Funktion*

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**7. SPEZIALKENNTNISSE/VERÖFFENTLICHUNG o. ä.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. BERATUNGSTÄTIGKEIT**

(Nachweise auf Anforderung)

*angestellt bei (Auftraggeber/Arbeitgeber):*

\_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

*Tätigkeitsbereiche:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Selbstständige Tätigkeit als Freiberufler*

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

*Tätigkeitsbereiche:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Fortsetzung s. S. 2)

**BERATUNGSTÄTIGKEIT (Fortsetzung)**

- Selbstständige Tätigkeit mit Niederlassung*  
 von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Tätigkeitsbereiche: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**9. BETRIEBLICHE AUSSTATTUNG**

**a) Räumlichkeiten**

- im eigenen Haus (betrieblich genutzt)*  
 Anzahl: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>
- angemietet (mit eigenem Eingang)*  
 Anzahl: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>
- keine eigenen; Beratungen finden statt in:*  
 \_\_\_\_\_

**b) Sanitäre Ausstattung**

- Patienten-WC mit Waschbecken*  
 *separates Damen- und Herren-WC mit Waschbecken*  
 *keine (Nutzung privater Einrichtungen)*

**c) Parkplätze**

- Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_*  *keine*

**d) Technische Ausstattung**

- PC Hardware: \_\_\_\_\_*  
*Software (Betriebssystem, Ernährungsprogramme, Office-Anwendungen,...):*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Waage*       *Meßlatte*       *BIA-Gerät*
- weitere/andere:*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**e) Versicherungen**

- Berufshaftpflicht*  
 *Altersvorsorge*  
 welche: (Angabe freiwillig)  
 \_\_\_\_\_

**10. ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT\***

Ich nehme zur Kenntnis, dass die QUETHEB-Registrierung an eine Mitgliedschaft bei QUETHEB e.V. gebunden ist. Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für das erste Mitgliedsjahr 52,00 €, für jedes weitere Jahr 104,00 €.

Ich wähle folgende Zahlungsweise für den jährlichen Mitgliedsbeitrag:

per Überweisung

per Lastschriftverfahren.

Ich ermächtige QUETHEB e. V., die fälligen Jahresbeiträge von meinem Konto

Nr. \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

einziehen.

\* Der Mitgliedsbeitrag wird erst nach Bewilligung der Registrierung durch die Kommission fällig, d.h. die ordentliche Mitgliedschaft beginnt mit Erhalt der Registrierungsurkunde. Für die weitere Bearbeitung der Mitgliedschaft werden Anschrift und persönlichen Daten benötigt. Die personenbezogenen Daten werden selbst-verständlich datenschutzrechtlich und vertraulich behandelt.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um die Registrierung durch das Institut QUETHEB e. V. Nachweislich falsche Angaben führen zu einem sofortigen Ausschluss aus dem Registrierungsverfahren, bzw. zum Einzug des Registrierungsausweises.

Mit der Vorlage von Fortbildungsnachweisen im Abstand von zwei Jahren zur Qualitätssicherung erkläre ich mich einverstanden. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Registrierung bei Nichtvorlage dieser Nachweise automatisch erlischt.

Vom Merkblatt zur Registrierung und den ausführlichen Erläuterungen zum Registrierungsverfahren (s. [www.quetheb.de](http://www.quetheb.de) → Registrierung) habe ich Kenntnis genommen.

Als QUETHEB-registrierte Kraft verpflichte ich mich:

- nach interdisziplinär erarbeiteten und dem jeweils aktuellen Wissensstand angepassten Prozessqualitätskriterien zu beraten/therapieren
- auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und Leitlinien sowie wissenschaftlich anerkannter Methoden zu handeln
- die eigene Arbeit zum Nachweis der Effizienz und Effektivität zu dokumentieren und evaluieren
- ohne Produktwerbung und/oder Kopplung an einen Produktverkauf zu beraten/therapieren, sowie keinen gewerblichen Vertrieb oder Handel mit Diätprodukten und/oder Nahrungsergänzungsmitteln zu betreiben (Ausnahme Fachliteratur)

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit allen oben genannten Bedingungen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten auf Anforderung an Dritte (Institute, Krankenkassen, Kliniken, Ärzte, Verbände, Firmen, etc.) weitergegeben werden dürfen, sobald meine Registrierung durch das Institut QUETHEB e. V. rechtsgültig geworden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers