

# ANTRAG auf VERLÄNGERUNG DER QUETHEB- REGISTRIERUNG ZUR AUSÜBUNG QUALIFIZIERTER ERNÄHRUNGSTHERAPIE / ERNÄHRUNGSBERATUNG DURCH QUETHEB e. V.

## 1. PERSÖNLICHE DATEN

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

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

Registrierungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Homepage \_\_\_\_\_

## 2. REGISTRIERUNGS AUSWEIS

(gilt nur für Ausweisinhaber)

- Anlage

**Ich bitte um folgende Änderungen im  
Registrierungsausweis:**

- Name (bei Namensänderung)

\_\_\_\_\_

- Anschrift

\_\_\_\_\_

- Registrierungsnummer (bei Umschreibung)

## 3. FORT- UND WEITERBILDUNGSMAßNAHMEN

- Nachweise in der Anlage

## 4. FALLBEARBEITUNG (bei Registrierung für Ernährungstherapie)

Ich melde mich für folgenden Termin zur  
Fallbearbeitung an:

\_\_\_\_\_  
(die aktuellen Termine entnehmen Sie bitte unserer Homepage  
www.quetheb.de)

## 5. KOSTEN

Die Gebühr zur Nachregistrierung werde ich nach  
Erhalt der Rechnung überweisen:

- 180,- Euro (für Nichtmitglieder)
- 120,- Euro (für QUETHEB-Mitglieder)

## 6. VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Als QUETHEB-registrierte Fachkraft 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)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Verlängerung meiner Registrierung durch QUETHEB e. V. Nachweislich falsche Angaben führen zu einem sofortigen Ausschluss aus dem Registrierungsverfahren bzw. zum Entzug der QUETHEB-Registrierung.

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

Von den Kriterien zur Verlängerung der QUETHEB-Registrierung (siehe Erläuterungen zur Registrierung) habe ich Kenntnis genommen.

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

---

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

#### **ANTRAG AUF ORDENTLICHE MITGLIEDSCHAFT**

**Als QUETHEB-Mitglied profitieren Sie sofort von der vergünstigten Nachregistrierungsgebühr!**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB 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 \_\_\_\_\_ einzuziehen.

*Weitere Informationen zu unseren Mitgliederleistungen können Sie der Leistungsübersicht entnehmen, welche als Download auf der QUETHEB-Homepage zu finden ist.*

---

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers