

1

ANTRAG

AUF BUNDESWEITE REGISTRIERUNG ZUR AUSÜBUNG QUALIFIZIERTER ERNÄHRUNGSTHERAPIE / ERNÄHRUNGSBERATUNG DURCH QUETHEB e.V.

(Stand Juni 2011)

1) PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Dat.: _____ Geb.Ort.: _____

Berufsbezeichnung/Titel: _____

Anschrift, privat

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Tel.: _____ Fax: _____

Email _____

Anschrift, geschäftlich:

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Tel.: _____ Fax: _____

Email _____

Homepage _____

2) FOLGENDE NACHWEISE FÜGE ICH DEM ANTRAG IN KOPIE BEI:

A) Tabellarischer Lebenslauf, beruflicher

Werdegang Anlage

B) Ausbildungsabschluss Anlage

C) Zusatzqualifikationen Anlage

D) Fort- und Weiterbildungsnachweis Anlage

E) Passfoto Anlage

3) QUALIFIKATIONEN IM BEREICH GESUNDHEITSFÖRDERUNG (NACHWEISE AUF ANFORDERUNG)

Titel der Projekte/Aktionen

a) _____

b) _____

c) _____

Eigene Funktion

a) _____

b) _____

c) _____

4) SPEZIALKENNTNISSE/VERÖFFENTLICHUNG

a) _____

b) _____

c) _____

5) BERATUNGSTÄTIGKEIT (NACHWEISE AUF ANFORDERUNG)

angestellt bei (Auftraggeber/Arbeitgeber):

von _____ bis _____

Tätigkeitsbereiche: _____

selbständige Tätigkeit als Freiberufler

von _____ bis _____

Tätigkeitsbereiche: _____

selbständige Tätigkeit mit Niederlassung

von _____ bis _____

Tätigkeitsbereiche: _____

6) BETRIEBLICHE AUSSTATTUNG**A) Räumlichkeiten**

- im eigenen Haus (betrieblich genutzt)

Anzahl: _____ Größe: _____

- angemietet (mit eigenem Eingang)

Anzahl: _____ Größe: _____

- 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 (Angabe freiwillig)
- _____

7) 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)

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

8) ANTRAG AUF ORDENTLICHE MITGLIEDSCHAFT

Ich nehme zur Kenntnis, dass die QUETHEB-Registrierung an eine Mitgliedschaft bei QUETHEB e.V. gebunden ist und bin mit folgenden Vereinbarungen einverstanden:

- Die Mitgliedschaft beginnt mit Erhalt der Registrierungsurkunde nach Bewilligung durch die Registrierungskommission.
- Bei Kündigung der Mitgliedschaft erlischt die QUETHEB-Registrierung mit Wirksamwerden des Austritts.

Für die weitere Bearbeitung der Mitgliedschaft werden Anschrift und persönliche Daten benötigt. Die personenbezogenen Daten werden selbstverständlich datenschutzrechtlich und vertraulich behandelt.

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

9. BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und beantrage die Aufnahme in das Registrierungsprozedere 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 ausführlichen Erläuterungen zur QUETHEB-Registrierung (als Download verfügbar unter: www.quetheb.de - Für Fachkräfte - Registrierung) habe ich Kenntnis genommen.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

10. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten auf der Homepage von QUETHEB e.V. im Expertenpool veröffentlicht sowie 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