

ANTRAG FÜR DIÄTASSISTENT:INNEN AUF DURCHFÜHRUNG DES VFED-SERVICE-CHECK „HEILMITTEL“

Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen „Ernährungstherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V“

Hiermit beantrage ich die

als Service-Check die Durchsicht der fachlichen Voraussetzungen
(„Zulassungsvoraussetzungen“) bei beabsichtigter Leistungserbringung des Heilmittels „Ernährungstherapie“:

bei vorliegendem VFED-Zertifikat oder Zertifikat nach DGE-Zulassungskriterien*:

70,00 EUR (Indikationsgebiet CF oder SAS , bitte ankreuzen)
100,00 EUR (beide Indikationsgebiete)

für alle anderen Beantragenden:

200,00 EUR (Indikationsgebiet CF oder SAS , bitte ankreuzen)
230,00 EUR (beide Indikationsgebiete)

*alle bisherigen Zertifikate der anerkannten Berufs- und Fachverbände - jeweils unabhängig von einer VFED-Mitgliedschaft (Stand 04/2023)

Aufnahme in die Fachkräfte-Datenbank (VFED-Internetseite www.vfed.de)

Ich bin mit einer Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der Internetseite des VFED e. V. einverstanden:

zertifiziertes Mitglied: kostenlos (nicht möglich bei Vorzertifikat)

kein Mitglied, zertifiziert nach DGE-Zulassungskriterien*: 20,00 EUR pro Kalenderjahr

*alle bisherigen Zertifikate der anerkannten Berufs- und Fachverbände (Stand 04/2024)

Ich möchte das VFED-Logo verwenden (nicht möglich bei Vorzertifikat)

Bitte tragen Sie hier deutlich Ihre Anschrift ein:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Verband für Ernährung und Diätetik e.V., den oben angekreuzten Betrag für den VFED-Service-Check „Heilmittel“ von meinem unten genannten Konto einzuziehen. Der Antrag wird nur bei ausgefüllter Einzugsermächtigung bearbeitet.

Einzugsermächtigung

Name des Kontoinhabers	Bank
IBAN	
Ort, Datum	Unterschrift