



Antrag Listung aha! Ernährungsberater:innen

Bitte senden Sie die vollständigen Unterlagen elektronisch an info@aha.ch.

1. Bestätigung Abschluss

Ausbildung als Ernährungsberater:in BSc / MSc Dipl. Ernährungsberater:in HF	Diplom, Bacheloranerkennung, Master- Anerkennung
ODER vergleichbare Ausbildung (anerkannt vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) in der Schweiz)	ODER Bestätigung vom SBFI

2. Bestätigung Weiterbildung

Qualifizierte Fortbildung (FB) im spezifischen Bereich

Ich habe in folgenden Bereichen Weiterbildungen absolviert:	Jahr	Diplom / Fortbildungsbestätigung
FB von aha! Allergiezentrum Schweiz		
FB FODMAP		
FB Zöliakie		
FB Ernährungsfachkraft DAAB		
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen BFH		
CAS Éducation thérapeutique du patient		

Weitere Fort- und Weiterbildungen, Fachgruppen, Supervision, Intervention und Erfahrung

Beschreibung	Jahr	Diplom / Fortbildungsbestätigung / Fachgruppennachweis



3. Erfahrungsnachweis (mind. 1 Jahr) in den spezifischen Fachbereichen

Relevante Berufserfahrung für die Themenbereiche von aha! Allergiezentrum Schweiz	Erfahrung auf einer Skala von 1-4 (1=wenig Erfahrung, 4=viel Erfahrung)	Welchen Anteil in Ihrer aktuellen Arbeit? Angaben in %	Referenz von einem Unternehmen / Organisation / Vorgesetzten / Überweisende Personen / Arbeitskollege: in
Nahrungsmittelallergien			
Nahrungsmittelintoleranzen (Fructose, Lactose, Zuckeralkoholunverträglichkeit)			
Reizdarmsyndrom / FODMAP			
Bakterielle Fehlbesiedelung (SIBO)			
Histaminintoleranz			
Zöliakie, NCGS			
Eosinophile Ösophagitis			
Anderes:			

4. Kontaktdaten für Website

Adresse Arbeitsort	
Name:	
Vorname:	
Strasse:	
PLZ und Ort:	
Kanton:	
Telefonnummer:	
E-Mailadresse:	
Website:	

Ich stimme zu, mit den obenstehenden Kontaktdaten gelistet zu werden.





In diesem Bereich führe ich regelmässig Beratungen durch und fühle mich darin kompetent.			
<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergien	<input type="checkbox"/>	Zöliakie
<input type="checkbox"/>	Eosinophile Ösophagitis	<input type="checkbox"/>	Non Celiac Gluten Sensitivity (NCGS)
<input type="checkbox"/>	Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>	Histaminintoleranz
<input type="checkbox"/>	Fructosemalabsorption	<input type="checkbox"/>	Reizdarm, Reizmagen, FODMAP
<input type="checkbox"/>	Bakterielle Fehlbesiedelung (SIBO)	<input type="checkbox"/>	Zuckeralkoholunverträglichkeit
<input type="checkbox"/>	(Weiterer Bereich)		

Bei dieser Altersgruppe führe ich Beratungen durch:			
<input type="checkbox"/>	Kinder	<input type="checkbox"/>	Erwachsene
<input type="checkbox"/>	Jugendliche		

In folgenden Sprachen kann ich Beratungen durchführen			
<input type="checkbox"/>	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Englisch
<input type="checkbox"/>	Französisch	<input type="checkbox"/>	Spanisch
<input type="checkbox"/>	Italienisch	<input type="checkbox"/>	Andere Sprache(n):

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Ort und Datum	Name in Blockschrift und Unterschrift
---------------	---------------------------------------

