

Kurz-Informationen für neue Mitglieder (Stand 2020)

### **der APD- Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diätetik**

1. Die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diätetik (APD) ist eine Gruppe von DiätassistentInnen im VDD, die spezielle Ernährung und Diätetik auf dem Gebiet der Pädiatrie und der angeborenen Stoffwechselstörungen in Zusammenarbeit mit ernährungs- und naturwissenschaftlichen Gesellschaften, Verbänden, Institutionen, Arbeitsgemeinschaften und dem VDD fördern will. Angeschlossen sind auch DiätassistentInnen sowie OecotrophologInnen aus dem In- und deutschsprachigem Ausland die nicht im VDD sind.
2. Das Ziel der APD ist die Qualitätsförderung der diätetischen Behandlung und Betreuung von Betroffenen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Förderung von fachspezifischen Erkenntnissen und Verbreitung in Kinderkliniken/-Stationen/-Heimen etc. tätigen DiätassistentInnen bzw. anderer versorgender Personen und Institutionen.
3. Weiter wird die APD Zertifikationen, Fachtagungen oder Seminare fördern oder organisieren.
4. Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr EURO 15,-  
für fördernde Mitglieder (Firmen) EURO 125,-
5. Alle, die mit uns in der Pädiatrie tätig sind oder werden möchten, können sich wie folgt für die Aufnahme und um Mitgliedschaft der APD bewerben:
  - 1) Ausfüllen der Anmeldung und per Mail zurück senden an: [lang@wexl.de](mailto:lang@wexl.de) oder an [Ulrike.Och@ukmuenster.de](mailto:Ulrike.Och@ukmuenster.de)
  - 2) wenn per Post gesendet wird, bitte einen an sich selbst adressierten und frankierten Briefumschlag anfertigen und diese Unterlagen bitte an die Vorstand-Adresse schicken:

Frauke Lang  
Königsberger Str. 13

55268 Nieder-Olm

Nach Eingang des Anmeldeformulars wird der Vorstand über die Aufnahme entscheiden.

Die Bestätigung der Aufnahme wird dann schriftlich oder per Mail erfolgen.

## Anmeldung Mitgliedschaft APD

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

Vorname / Geb. Dat.: \_\_\_\_\_ //

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel./ Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

Dienstgrad/Titel/Zertifikate: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Tätigkeits-Schwerpunkt: \_\_\_\_\_  
(z.B. Stoffwechsel / Diabetes / CF / Gastroenterologie / Nephrologie etc., falls vorhanden.)

Ich bestätige hiermit, dass ich spezielles Interesse und/oder Erfahrungen auf dem Gebiet der Ernährung im Kindesalter und/oder bei angeborenen Stoffwechselstörungen besitze und die Ziele der APD unterstützen möchte.

Ich bin z.Z. in der Pädiatrie tätig:  ja  nein

Ich arbeite mit erwachsenen Stoffwechsellpatienten:  ja  nein  
(z.B.: mit angeb. Aminosäuren-, Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechselstörungen, CF, etc....)

Ich bin Mitglied im VDD:  ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine beruflichen Daten im internen Mitgliederbereich der Website [www.netzwerk-apd.de/mitgliederbereich](http://www.netzwerk-apd.de/mitgliederbereich) für die APD-Mitglieder zugänglich sind.

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine beruflichen Daten zudem auf der Website [www.netzwerk-apd.de](http://www.netzwerk-apd.de) für interessierte User (z.B. eine Familie mit einem Kind mit einer Stoffwechselerkrankung) über die Suchfunktion zugänglich sind.

ja  nein

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_