Naam / voorletters :

Adres :

Postcode / Plaats :

Geboortedatum :

Telefoon privé :

E-mail privé :

E-mail werk :

Opleidingscentrum Allergologie/

Klinische Immunologie :

Opleiders Allergologie/

Klinische Immunologie :

Periode : van tot

aantal maanden fte\*

# Opleiding Interne Geneeskunde

Start :

Specialisatiedatum :

Opleider Interne Geneeskunde :

Stage Intensieve Zorg : van tot

aantal maanden fte\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Locatie:** | **van:** | **tot:** | **fte:** |
| Niet-academische kliniek |  |  |  |  |
| Lokale opleider |  |  |  |  |
| Universitair ziekenhuis |  |  |  |  |
| Buitenlandse opleidingskliniek |  |  |  |  |
| Lokale opleider |  |  |  |  |

(\*fte = % aanstelling voltijd c.q. deeltijd)

## Stages gedurende de eerste 4 jaar van de opleiding:

**Opleiding differentiatie allergologie/klinische immunologie**

Uitstroomrichting :

Stages in de opleiding differentiatie :

(duur/begeleider/beschrijving)

Theoretische opleiding :

**Bij- en Nascholing**

Opgave van gevolgde bij-/nascholing in de Allergologie/Klinische Immunologie per jaar\*

*(indien u gebruikt maakt van GAIA s.v.p. hiervan een uitdraai bijvoegen)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Onderwerp** | **Plaats** | **Uren accreditatie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\*Voor herregistratie in de differentiatie is 28 geaccrediteerde nascholingsuren per jaar verplicht.***

**Beoordeling opleidingstraject**

Voortgangsgesprekken : ja / nee

Frequentie/jaar :

## Wetenschappelijke vorming (s.v.p. bijlage)

* Artikelen
* Voordrachten (titel, naam, congres, maand, jaar)
* Klinische conferentie

## Lidmaatschappen Wetenschappelijke Vereniging

N.V.v.A. : ja / nee

N.V.V.I. : ja / nee

N.I.V.\* : ja / nee

Overig :

**Heeft u een baan gevonden na uw opleiding?**

Ja / nee; zo ja waar? Loondienst of vrijgevestigd?

Om voor (her)registratie in de differentiatie in aanmerking te komen, is het lidmaatschap van de NIV verplicht

(Besluit ALV 15-2-00).

**Ondertekening AIOS/fellow**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

**Verklaring opleider**

Ik verklaar dat bovengenoemde collega - conform de daartoe gestelde opleidingseisen - kan worden ingeschreven in het door de Nederlandse Internisten Vereniging ingestelde register voor differentiaties.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam opleider |  |
| Kliniek |  |
| Specialisme |  |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

Na **digitale invulling** en ondertekening het formulier opslaan op uw computer en toevoegen aan uw registratieaanvraag in GAIA samen met deel II (formulier opleider)