##### Algemeen

|  |  |
| --- | --- |
| Naam(titel, voorletters, voornaam, tussenvoegsel, achternaam) |  |
| Straat  |  |
| Postcode + Plaats |  |
| Geboortedatum |  |
| Telefoon privé |  |
| E-mail privé |  |
| E-mail werk |  |
| Bent u geregistreerd in een andere differentiatie? | ja / nee |
| Zo ja, welke andere differentiatie? |  |

##### Lidmaatschappen

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) \* | ja / nee |

\* Om voor (her)registratie in de differentiatie in aanmerking te komen is het lidmaatschap van de NIV verplicht (besluit ALV 15-02-2000).

##### Ziekenhuis

Bij werkzaamheid in **meerdere ziekenhuizen** (tegelijk of sequentieel) onderstaande tabel kopiëren, plakken en **voor elk afzonderlijk** **ziekenhuis** invullen.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam ziekenhuis/centrum \*\* |  |
| Plaats |  |
| Werkzaam in dit ziekenhuis van tot |  |
|  |  |

**\*\*** Naam ziekenhuis (en eventueel van het geaffilieerde centrum) waar binnen de klinisch-farmacologische werkzaamheden plaatsvinden.

##### Nascholing / GAIA

**Indienen via uw GAIA dossier**:

Gevolgde nascholingen op het gebied van de differentiatie vinkt u aan in uw internistendossier. Dit kunnen zowel Nederlandse, buitenlandse als online nascholingen zijn. Toegevoegde certificaten worden automatisch mee gekopieerd.

Onjuist ingevulde nascholingslijsten worden niet in behandeling genomen.

We verzoeken u om **alleen** **nascholingen** die meetellen voor de herregistratie in de **differentiatie** toe te voegen aan het differentiatiedossier. Omdat uw herregistratie ook bij de NVKFB beoordeeld wordt vragen we u om het overzicht uit GAIA als bijlage toe te voegen aan deze aanvraag.

##### Differentiatiespecifieke werkzaamheden (niet die van het centrum)

Bij werkzaamheid in meerdere ziekenhuizen (tegelijk of sequentieel) onderstaande tabel kopiëren, plakken en voor elk afzonderlijke **tijdsperiode** invullen

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderdelen** | **Uw differentiatie-specifieke werkzaamheden** **in de referteperiode** |
| Werkzaam in differentiatie (patiëntgebonden uren/week)\* |  |
| Klinisch farmacologische onderwijsactiviteiten (uren/week) |  |
| Lidmaatschap van geneesmiddelencommissies, landelijke gremia op het gebied van farmacotherapie, richtlijnwerkgroep, METC (uren/jaar) en andere aan patiëntgebonden werkzaamheid gelijkgestelde werkzaamheden\*\*\* |  |
| Wetenschappelijke output (het is niet nodig uw volledige oeuvre in de afgelopen 5 jaar te vermelden, u kunt er ook voor kiezen om een selectie van de 5 meest representatieve publicaties op te voeren). NVKFB eist een minimum aan output, zie “Beleidsregels Herregistratie differentiaties Interne geneeskunde”  |  |

\* Zie voor omschrijving van patiëntgebonden werkzaamheden (waaronder (poli)kliniek, MDO, grote visite, supervisietaken etc. de beschrijving in de [Beleidsregels Herregistratie Differentiaties Interne Geneeskunde](https://www.internisten.nl/voor-leden-herregistratie/)

\*\* In bijzondere gevallen kan volstaan worden met minder patiëntgebonden uren door participatie in zogenaamde gelijkgestelde werkzaamheden

\*\*\*.Voor herregistratie tot internist - klinisch farmacoloog is wetenschappelijke output noodzakelijk. Voor wetenschappelijke output moeten minstens 10 Credit Points worden behaald. De puntentelling is beschreven in de [Beleidsregels Herregistratie Differentiaties Interne Geneeskunde](https://www.internisten.nl/voor-leden-herregistratie/).

##### Toelichting bij afwijkende herregistratie aanvraag

Ruimte voor toelichting

|  |
| --- |
|  |

Aldus naar waarheid ingevuld,

|  |  |
| --- | --- |
| Naam internist |  |
| Plaats |  |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

***Verklaring Werkgever***

Af te geven door een bevoegd vertegenwoordiger van uw werkgever / Raad van Bestuur / Bestuur MSB/ Coöperatie. Bij meerdere werkgevers in de referteperiode volstaat ondertekening door de huidige werkgever.

Ondergetekende verklaart namens de werkgever dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam ondertekenaar |  |
| Kliniek |  |
| Functie |  |
| Plaats |  |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

*Dit formulier laten ondertekenen door uw werkgever en toevoegen aan uw GAIA dossier op moment van indienen.*