##### 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 |  |
| Hemo- en peritoneaal dialyse faciliteit aanwezig | ja / nee |

**\*\*** Naam ziekenhuis (en eventueel van het geaffilieerde centrum) waar binnen de nefrologische 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.

##### 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 differentiatiespecifieke werkzaamheden in de referteperiode** | **Voorwaarde** |
| ***Aantal uur*** | ***Omschrijving werkzaamheden*** |  |
| Werkzaam in differentiatie (patiëntgebonden uren/week)\* |  |  | ≥ 12 |
| Werkzaamheden algemene nefrologie (uren/week) |  |  | \*\* |
| Werkzaamheden m.b.t. nierfunctievervangende therapie (dialyse en/of transplantatie) (uren/week) |  |  | \*\* |
| Aan patiëntgebonden werkzaamheid gelijkgestelde werkzaamheden\*\*\* |  | **Toelichting:**  |  |

\* 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/)

\*\*Voor de differentiatie nefrologie is de voorwaarde dat de 12 uur patiëntgebonden werkzaamheden bestaan uit algemene nefrologie EN nierfunctievervangende therapie (dialyse en/of transplantatie).

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

##### Overige voorwaarden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja\*\*\* | Nee\*\*\* |
| U werkt in een centrum met faciliteit voor nierfunctievervangende therapie (niertransplantatie en/of dialyse), of het centrum waarin u werkzaam bent maakt deel uit van een regionaal samenwerkingsverband op het gebied van nierfunctievervangende therapie. |  |  |
| U werkt in een centrum met poliklinische en klinische faciliteiten voor diagnostiek en behandeling van patiënten met nierziekten, of het centrum waarin u werkzaam bent maakt deel uit van een regionaal samenwerkingsverband op het gebied van algemene nefrologie. |  |  |
| U werkt in een centrum waarin structureel overleg plaatsvindt met de afdelingen chirurgie, urologie, intensive care en pathologie. |  |  |

\*\*\*Aankruisen wat van toepassing is

##### Toelichting bij afwijkende herregistratie aanvraag

Ruimte voor toelichting

|  |
| --- |
|  |

***Ondertekening internist-nefroloog***

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.*