##### 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 |
| Van welke vasculaire verenigingen bent u lid? |  |

\* 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 |  |
| Plaats |  |
| Werkzaam in dit ziekenhuis van tot |  |

##### Nascholing / GAIA

Verplichte nascholingen

Minimaal 1x per jaar één van de NVIVG-nascholingsbijeenkomsten volgen en/of bijwonen van de jaarlijkse NVIVG dagen.

Minimaal 1 verdiepende cursus per 2 jaar, zodat in een periode van 10 jaar alle 5 verdiepende cursussen minimaal 1 keer zijn gevolgd (trombose en hemostase; dyslipidemie; hypertensie; vasculaire immunologie-systeemziekten; diabetes)

**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

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** |
| Werkzaam in differentiatie (uren/week) |  |  |
| Waarvan patiëntgebonden (uren per week)\*\* |  | ≥ 8 |
| Gelijkgestelde patiëntgebonden werkzaamheden (uren per week)\*\* |  | ≤ 4 |

\*\* 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/)

***Poliklinische werkzaamheden***

|  |  |
| --- | --- |
| Is er in uw ziekenhuis een vasculaire polikliniek? | ja/nee |
| Hoeveel spreekuren verricht u per week binnen deze polikliniek? |  |
| Hoeveel tijd besteedt u aan: |
| Arteriële vaatproblematiek |  | dagdelen/week |
| Hemostase en trombose |  | dagdelen/week |
| Diabetes mellitus |  | dagdelen/week |
| Immunologie/vasculitiden |  | dagdelen/week |
| Andere niet genoemde vasculaire spreekuren:  |
| Aard:  |  | dagdelen/week |
| Aard:  |  | dagdelen/week |

***Vasculaire consulten***

|  |  |
| --- | --- |
| Verricht u consulten vasculaire geneeskunde? | Ja / nee |
| Op welke afdelingen? |  |
| Hoeveel consulten per week? |  |
| Wat is de aard van deze consulten? |  |

***Multi-professionele vasculaire patiëntenbesprekingen***

|  |  |
| --- | --- |
| Woont u multi-professionele patiëntenbesprekingen bij? | Ja / nee |
| Wat is de frequentie van deze besprekingen? | Aantal keer per maand:  |
| Hoe lang duren deze besprekingen? |  |
| Met wat voor specialisten houdt u deze besprekingen? |  |
| Wat is uw inbreng in deze besprekingen? |  |
| Zit u deze besprekingen voor? |  |

***Organisatie en verantwoordelijkheid***

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe is de vasculaire geneeskunde binnen uw ziekenhuis georganiseerd? |  |
| Wat is hierin uw verantwoordelijkheid t.a.v. patiëntenzorg en onderwijs? |  |

***Vaatfunctielaboratorium***

|  |  |
| --- | --- |
| Beschikt het ziekenhuis over een vaatfunctielaboratorium? | Ja / nee |
| Welk diagnostische technieken zijn hier aanwezig? |  |
| Wat is uw rol binnen het vaatfunctielaboratorium? |  |

***Interventieradiologie en Vaatchirurgie***

|  |  |
| --- | --- |
| Vindt er in uw ziekenhuis interventieradiologie plaats? | Ja / nee |
| Welke mogelijkheden en met welke frequentie? |  |
| Beschikt het ziekenhuis over mogelijkheden voor: |
| - Vaatchirurgie?  | Ja / nee |
| - Welke mogelijkheden en met welke frequentie? |  |

***Extramurale werkzaamheden***

|  |  |
| --- | --- |
| Vinden uw patiëntgebonden werkzaamheden ook buiten het ziekenhuis plaats? | Ja / nee |
| Zo ja, voor hoeveel uur?  | Uren per week |
| Zou u deze werkzaamheden willen toelichten (inhoud, locatie)? |  |

##### Toelichting bij afwijkende herregistratie aanvraag

Ruimte voor toelichting (onder andere bij eventuele gelijkgestelde werkzaamheden)

|  |
| --- |
|  |

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.*