



AANMELDINGSFORMULIER CENTRAAL KWALITEITSREGISTER (CKR)

Uw persoonlijke gegevens

Voorletter(s) en (geboorte)naam : _____ Man Vrouw

Naam partner (indien gehuwd) : _____

Met welke naam wilt u worden aangeschreven? : _____

Geboortedatum (dd-mm-jjjj) : _____ te : _____

Privéadres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Land: _____

Telefoonnr. : _____ Mobiele telefoonnr. : _____

E-mailadres * : _____

(* NOODZAKELIJK VOOR INLOG OP FYSIONET)

1. Hebt u al een relatienummer van het KNGF?

Nee

Ja Zo ja, wat is uw KNGF relatienummer? : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Informatie inschrijving / BIG-registratie

Met dit formulier schrijft u zich in voor het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Dit formulier is **NIET** bedoeld als aanmelding voor het lidmaatschap van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Om ingeschreven te kunnen staan in het CKR, moet u aan een aantal voorwaarden voldoen.

Welke voorwaarden dit zijn, leest u in het reglement CKR.

Dit reglement vindt u op de website van het KNGF: www.fysionet.nl.

-vervolg vraag 7, werkadres 1

Wilt u met dit adres zichtbaar zijn op de consumentenwebsite www.defysiotherapeut.com?

- Nee
Ja, als:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Algemeen fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Bekkenfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Geriatriefysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinderfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Manueeltherapeut | <input type="checkbox"/> Orofaciaal fysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatisch fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Sportfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Aantekening Arbeidsfysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Aantekening Oedeemtherapeut |

Wat is uw functie binnen deze praktijk?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praktijkeigenaar | <input type="checkbox"/> Zelfstandige met een 'VAR' |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut in loondienst | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut in loondienst met een 'VAR' |
| <input type="checkbox"/> Maatschapslid | |

WERKADRES 2:

Naam praktijk : _____
Adres : _____
Postcode & plaats : _____
Land : _____
Telefoonnummer : _____
E-mail praktijk : _____
Werkzaam op dit adres sinds : _____

Wilt u met dit adres zichtbaar zijn op de consumentenwebsite www.defysiotherapeut.com?

- Nee
Ja, als:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Algemeen fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Bekkenfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Geriatriefysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinderfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Manueeltherapeut | <input type="checkbox"/> Orofaciaal fysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatisch fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Sportfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Aantekening Arbeidsfysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Aantekening Oedeemtherapeut |

Wat is uw functie binnen deze praktijk?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praktijkeigenaar | <input type="checkbox"/> Zelfstandige met een 'VAR' |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut in loondienst | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut in loondienst met een 'VAR' |
| <input type="checkbox"/> Maatschapslid | |

WERKADRES 3:

Naam praktijk : _____
Adres : _____
Postcode & plaats : _____
Land : _____
Telefoonnummer : _____
E-mail praktijk : _____
Werkzaam op dit adres sinds : _____

Wilt u met dit adres zichtbaar zijn op de consumentenwebsite www.defysiotherapeut.com?

- Nee
Ja, als:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Algemeen fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Bekkenfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Geriatriefysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinderfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Manueeltherapeut | <input type="checkbox"/> Orofaciaal fysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatisch fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Sportfysiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Aantekening Arbeidsfysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Aantekening Oedeemtherapeut |

- ga verder op pagina 4

- vervolg vraag 7, werkadres 3

Wat is uw functie binnen deze praktijk?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Praktijkeigenaar | <input type="checkbox"/> | Zelfstandige met een 'VAR' |
| <input type="checkbox"/> | Fysiotherapeut in loondienst | <input type="checkbox"/> | Fysiotherapeut in loondienst met een 'VAR' |
| <input type="checkbox"/> | Maatschapslid | | |

8. Klachtenregeling

Aan welke klachtenregeling neemt u deel?

Om ingeschreven te kunnen staan in het Centraal Kwaliteitsregister moet u per werkadres deelnemen aan een klachtenregeling volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Let op: als u in loondienst bent valt u onder de klachtenregeling van uw werkgever. U hoeft in dat geval dus zelf geen klachtenregeling te nemen. Als u zelfstandig (vrijgevestigd) uw praktijk uitoefent, moet u op grond van de Wet klachtrecht zelfvoorzien in een klachtenregeling. U kunt hierbij gebruik maken van de Klachtencommissie van het KNGF. Deelname aan de KNGF klachtenregeling is gratis voor leden van het KNGF. Let op: U kunt meer dan één keuze aankruisen.

- Ik neem al deel aan de KNGF klachtenregeling.
- Ik ben in loondienst bij een vrijgevestigde praktijk en neem deel aan de klachtenregeling van mijn werkgever.
NB: Bent u zelfstandig en ook in loondienst, vul dan hier het KNGF relatienummer van uw werkgever in.
Werkadres 1: KNGF relatienummer werkgever: _____ / / / / / / / / /
Werkadres 2: KNGF relatienummer werkgever: _____ / / / / / / / / /
Werkadres 3: KNGF relatienummer werkgever: _____ / / / / / / / / /
- Ik werk intramuraal, in een instelling.
- Ik werk als zelfstandige en neem deel aan een andere klachtenregeling dan de KNGF klachtenregeling.
Ik stuur een kopie van de klachtenregeling mee.
- Ik werk als zelfstandige en wil graag deelnemen aan de klachtenregeling van het KNGF. Ik meld me hierbij aan.
- Ik wil graag deelnemen aan de klachtenregeling van het KNGF, omdat mijn werkgever geen BIG-geregistreerd fysiotherapeut is.

9. Mee te sturen kopieën

Stuur indien van toepassing de volgende kopieën mee:

- kopie van uw overzicht gegevens BIG-register, waarop uw beroepsgegevens worden getoond - zie vraag 2
- bewijs deelname klachtenregeling (niet KNGF) - zie vraag 8
- uw diploma (verbijzonderd) Fysiotherapie

10. Verklaring en ondertekening

Door ondertekening van dit formulier verplicht u zich te houden aan de gedragsregels en beroepsethiek van het KNGF en de Modelregeling Fysiotherapeut-Patiënt. Als er een klacht over u wordt ingediend bij de Commissie van Toezicht van het KNGF onderwerpt u zich aan het oordeel van deze commissie. De commissie heeft de bevoegdheid u uit het Kwaliteitsregister Fysiotherapie te laten schrappen.

- Ik werk volgens de KNGF Richtlijnen, voor zover deze op mij van toepassing zijn;
- Ik voldoe aan de werkeis die wordt gesteld bij inschrijving in het CKR;
- Ik houd mij aan het verenigingstuchtrecht van het KNGF;
- Ik ben op de hoogte van het reglement CKR en de betalingsvoorwaarden.

Datum: _____ Handtekening: _____

Hebt u dit formulier volledig ingevuld en hebt u de juiste kopieën toegevoegd?

Stuur het vandaag nog (zonder postzegel) naar:

KNGF, afd. Register
Antwoordnummer 205
3800 VB Amersfoort