



**Inschrijfformulier Register Echoscopie Verloskunde  
voor verloskundige praktijken**

Naam praktijk \_\_\_\_\_

Naam verloskundige: \_\_\_\_\_

Adres (praktijk): \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats (praktijk) \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

Voor welk (deel) register wilt u worden ingeschreven:

basisregister (termijn en specifieke diagnose echo, conform de normen die de KNOV daarvoor stelt)

NT-meting

Structureel Echoscopisch Onderzoek (18-20 weken, conform de normen die de KNOV daarvoor stelt)

Naam echoscopist: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

**Kosten**

Voor registratie in het echoregister is een eenmalige bijdrage verschuldigd. Deze vergoeding is gesteld op € 45,=. Hiervoor ontvangt u een faktuur.

**Om u in te kunnen schrijven, hebben wij kopie(ën) van uw certificaat of diploma nodig.**

**Ondertekening**

Gelieve dit formulier en kopie(ën) van certificaat of diploma te sturen naar:  
KNOV, t.a.v. Carolien Kijzer, Postbus 2001, 3500 GA UTRECHT



Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_