

ANSØGNING OM AKTIVT MEDLEMSKAB

i FDZ med og uden RAB-registrering (Registreret Alternativ Behandler)

Indsendes til FDZ Forenede Danske Zoneterapeuter, Torvegade 1,1, 5000 Odense C

*Ansøgning om medlemskab/registrering
Læs venligst regler og procedurer på fdz.dk inden udfyldelse.*

| A | PERSONLIGE OPLYSNINGER | |
|---|--|--|
| | Cpr.nr.: <i>(skal oplyses til brug for indberetning af kontingent til SKAT)</i> | FDZ-medlemsnr.: <i>(udfyldes af FDZ)</i> |
| | Navn: | |
| | Bopæls- og opholdsadresse: (gade/vej, nr., etage) | Postnr., by: |
| | Telefon (privat): | Mobiltelefon: |
| | Telefon (klinik): | Telefon (anden arb.plads): |
| | E-mail: | CVR-nr.: |
| B | GRUNDLAG FOR INDMELDELSE | |
| | <input type="checkbox"/> Jeg ønsker aktivt medlemskab med RAB-registrering (Registreret Alternativ Behandler) i: zoneterapi, akupunktur, massage, kraniio-sakralterapi <small>(sæt venligst streg under det eller de fag hvor du ønsker registrering (RAB))</small> | |
| | <input type="checkbox"/> Jeg ønsker aktivt medlemskab uden registrering i: zoneterapi, akupunktur, massage, kraniio-sakralterapi <small>(sæt venligst streg under det eller de fag, hvor du ønsker medlemskab uden registrering)</small> | |
| | <input type="checkbox"/> Jeg ønsker passivt medlemskab i FDZ | |
| | Arbejdsforhold: <small>(skal udfyldes i forhold til SKAT)</small> <input type="checkbox"/> Jeg er selvstændig behandler <input type="checkbox"/> Jeg er selvstændig behandler og lønmodtager andet erhverv <input type="checkbox"/> Jeg er lønmodtager (behandler og/eller andet erhverv) og betaler selv kontingent <input type="checkbox"/> Jeg er lønmodtager (behandler) og arbejdsgiver betaler mit kontingent | |
| | Jeg er uddannet som behandler: <small>(se i øvrigt pkt. F)</small> Hvilken skole: _____ Årstal: _____ | |
| | Dokumentation for kursus i Førstehjælp, minimum bestående af Førstehjælp ved hjertestop inkl. hjertestarter og ikke mere end to år gammel. <small>(Førstehjælpsbeviset fremsendes sammen med øvrig dokumentation)</small> Kursusudbyder: _____ Årstal: _____ | |
| C | KLINIKOPLYSNINGER | |
| | <i>Oplysninger danner grundlag for offentliggørelse på FDZ's klinikadresseliste for Aktive/Registrerede Behandlere. Anfør derfor, hvad du ønsker, skal fremgå af denne liste</i> | |
| | Navn: | |
| | Kliniknavn: | |
| | Klinikadresse: | |
| | Postnr., by: | |
| | Telefon: | Mobiltelefon: |
| | E-mail: <i>(skal oplyses)</i> | Hjemmeside: |

| D | DOKUMENTATION |
|---|--|
| | <p>I henhold til Lov om registrering af alternative behandlere skal minimumskravene til alternative behandlere kunne dokumenteres, ligesom dokumentation for uddannelse i andre fag, der ønskes registrering af, skal kunne fremvises.</p> <p>Læs venligst regler og procedurer for medlemskab/registrering i FDZ Forenede Danske Zoneterapeuter på fdz.dk under "Bliv medlem".</p> <p>Dokumentation i forbindelse med opfyldelse af basale uddannelseskrav: Eksamensbevis inden for den relevante alternative uddannelse, samt evt. dokumentation for relevant efteruddannelse med angivelse af timetal i samtlige fag.</p> <p>I forbindelse med registrering SKAL reglerne jf. databeskyttelsesforordningen af 25. maj 2018 for journalførende klinikker overholdes. Yderligere oplysninger om krav og regler til disse regler findes på fdz.dk/Bliv medlem.</p> |
| E | GOD KLINISK PRAKSIS |
| | <p>Det er en betingelse for registrering og hermed offentliggørelse på FDZ's klinikadresseliste for aktive medlemmer med eller uden RAB-registrering i FDZ, at du opfylder følgende krav:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. udviser omhu og samvittighedsfuldhed i dit faglige virke, herunder gør brug af midler og metoder, som er forsvarlige og som du er kvalificeret til at benytte 2. anbefaler en klient at søge læge m.v., hvor dette må anses for indiceret 3. overholder lovgivningen, herunder afstår fra at fraråde en lægeordineret behandling eller benytter behandlingsmetoder, som det er forbeholdt bestemte autoriserede sundhedspersoner at anvende 4. løbende vedligeholder og opdaterer din faglige viden 5. giver klienterne en saglig og nøgtern information om behandlingen og de forventninger, de kan have hertil, herunder ikke love helbredelse 6. fører optegnelser over dine behandlinger, herunder om indikation samt om den behandling og den information, der er givet 7. har tavshedspligt med hensyn til de oplysninger om private forhold og andre fortrolige oplysninger, som du gennem din faglige virksomhed får om dine klienter. Tavshedspligten står ved magt også efter behandlingen er ophørt, eller en klient er død. 8. har selvstændigt klinikrum og rimelige toiletforhold til klienterne 9. har telefontid eller telefonsvarer 10. som medlem af FDZ være seriøs i din behandling og optræden i henhold til FDZ's kollegiale og etiske regler <p style="text-align: center;"><i>Overtrædelse af gældende lov og regler for registrering/aktivt medlemskab kan medføre eksklusion/afregistrering i henhold til vedtægtens bestemmelser.</i></p> |
| F | DOKUMENTATION FOR KOMMUNIKATION, KLIENTKONTAKT OG PERSONLIG UDVIKLING (MIN. 50 TIMER) |
| | <p>FDZ øgede pensumkravet til psykologi/kommunikation og klientkontakt i 2005.</p> <p>Kun, hvis du har gået på en FDZ-samarbejdende skole, hvis pensum blev fastlagt efter kravene i 2005 eller senere, kan du uden videre bliver optaget i FDZ.</p> <p>Hvis dette ikke er tilfældet, skal du nedenfor dokumentere min. 50 timers specifik træning i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation/coaching - Terapeut/klientrelationen, samt - Personlig udvikling <p>Bemærk! Disse timer er ud over de 50 timers grundlæggende psykologi (jf. pensum i Sundhedspakken på basis af Kjeld Bruun-Jensens undervisningsbog Sundhedspsykologi - en introduktion).</p> <p>Angiv hvilke kurser (teoretiske/praktiske) du har gennemført inden for kommunikation/coaching og personlig udvikling. Dokumentation for deltagelse skal vedlægges.</p> <hr/> <p>Desuden skal vedlægges dokumentation for seks x behandlinger hos RAB-registreret behandler. Fx i form af kvitteringer eller tro/love-erklæring fra behandelende behandler.</p> |

| G | KONTINGENT |
|-------|---|
| | <p>Vi anbefaler, at betalingen af kontingentet sker via Betalingsservice. De medlemmer, som <u>ikke</u> ønsker at tilmelde sig Betalingsservice til FDZ vil blive opkrævet et administrationsgebyr på 50 kr., som bliver lagt oveni kontingentet ved næste opkrævning. "Kundenr." er lig med dit medlemsnummer, der fremgår af dit velkomstbrev.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Jeg tilmelder mit kontingent til Betalingsservice inden næste kontingentperiode</p> <p><input type="checkbox"/> Nej. Jeg ønsker ikke og tilmelde mit kontingent til Betalingsservice. Jeg er indforstået med, at betale 50 kr. i administrationsgebyr ved næste kontingentopkrævning og fremadrettet.</p> |
| H | DIN UNDERSKRIFT |
| | <p>Jeg erklærer på tro og love, at oplysningerne er rigtige, herunder at jeg opfylder de beskrevne uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige krav til medlemskab/og eller registrering.</p> <p>Jeg tilkendegiver endvidere, at jeg er indforstået med, at FDZ offentliggør mine klinikoplysninger på FDZ's hjemmeside i henhold til Lov om Registrering af Alternative Behandlere samt FDZ's vedtægter.</p> <p>Jeg er bekendt med gældende regler for registrering/indmeldelse samt FDZ's regler vedr. brug af FDZ logo samt betegnelsen Registreret Alternativ Behandler RAB i FDZ og regler vedr. udmeldelse/afregistrering.</p> <p><i>(gælder KUN for registrerede)</i></p> <p>Jeg tilkendegiver endvidere, at jeg er indforstået med, at FDZ må opgive klinikdata til samarbejdspartnere.</p> |
| Dato: | Underskrift/stempel: |