

In te vullen door een arts

Meer informatie

Op www.cbr.nl/voorartsen vindt u meer informatie, zoals alle formulieren voor artsen en een link naar de Regeling eisen geschiktheid 2000.

Met vragen kunt u ons ook bellen op: 088 227 63 00.
Het formulier kunt u downloaden op www.cbr.nl/voorartsen.

Opsturen

Stuurt u het compleet ingevulde en ondertekende formulier op naar: CBR divisie Rijgeschiktheid, postbus 1062, 2280 CB Rijswijk.

Persoonlijke gegevens

→ Wilt u de vragen met een zwarte of blauwe pen invullen?

Voorletters en achternaam	<input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Kenmerk brief CBR	<input type="text"/>
Datum onderzoek	<input type="text"/>

Aard en ernst psychiatrische aandoening

- Diagnose
- Psychotische stoornis(en) → ga naar **1.**
 - Depressieve stoornis/Bipolaire stoornis → ga naar **2.**
 - Dysthyme stoornis/Overig → ga naar **3.**

1. Psychotische stoornis(en)

Diagnose	<input type="checkbox"/> Schizofreniespectrumstoornis <input type="checkbox"/> Anders nl.: <input type="text"/>
Datum (laatste) psychotische episode	van <input type="text"/> - <input type="text"/> tot <input type="text"/> - <input type="text"/>
Eenmalige episode?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Specifieke oorzaak bekend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, toelichting	<input type="text"/>
Actuele klachten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, toelichting	<input type="text"/>

Burgerservicenummer

→ Vul ook op deze 2e pagina het burgerservicenummer in.

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Redelijk tot goed ziekte-inzicht?

Ja Nee

Actueel gebruik medicatie

Ja

naam

dosering

Nee

-> Gestopt d.d.

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aanvullende informatie, inclusief resultaten eventueel overleg met behandelend arts

--

2. Depressieve stoornis/Bipolaire stoornis

Diagnose

Depressieve stoornis

Bipolaire stoornis

Datum diagnose

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Onder behandeling van een psychiater geweest het afgelopen jaar?

Ja Nee

Actuele klachten: Depressieve symptomen aanwezig?

Ja Nee

Indien ja, in lichte mate?

Ja Nee

In geval van een bipolaire stoornis: Hypomane symptomen aanwezig?

Ja Nee

Therapietrouw

Ja Nee

Niet meer van toepassing

Redelijk tot goed ziekte-inzicht?

Ja Nee

Actueel gebruik medicatie

Ja

naam

dosering

Nee

Toelichting/aanvullende informatie, inclusief resultaten eventueel overleg met behandelend arts

--

Burgerservicenummer

→ Vul ook op deze 3e pagina het burgerservicenummer in.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dysthyme stoornis/Overig

Diagnose

- Dysthyme stoornis
 Anders nl.:

Datum diagnose

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Onder behandeling van een psychiater (geweest)?

- Ja Nee

Indien ja, toelichting:

Actuele klachten?

- Ja Nee

Indien ja, toelichting:

Redelijk tot goed ziekte-inzicht?

- Ja Nee

Actueel gebruik medicatie

- Ja

naam

dosering

- Nee

Toelichting/aanvullende informatie, inclusief resultaten eventueel overleg met behandelend arts

Ondertekening

Naam arts

Adres

Telefoonnummer (voor overleg)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Handtekening en eventueel stempel

--	--