

# Aanvraagformulier

## Ontheffing autogordel medische gronden

cbr

### Waarom dit formulier?

U gebruikt dit formulier als u ontheffing wilt aanvragen van het gebruik van een autogordel op medische gronden.

### Wat moet u doen?

- Vul dit aanvraagformulier volledig in en onderteken het.
- Laat de medische vragenlijst 'Verklaring arts' volledig invullen en ondertekenen door een arts. Dit hoeft niet uw behandelend arts te zijn.
- Vermeld op de envelop 'medisch geheim'.
- Stuur alles naar: CBR, team Autogordels, Postbus 3012, 2280 GA Rijswijk ZH.
- Betaal de kosten voor de ontheffing aan het CBR. Dit doet u door het juiste bedrag over te maken naar: IBAN: NL521NGB0000373601, CBR divisie Rijgeschiktheid te Rijswijk. Vergeet bij

de betaling niet het kenmerknummer (zie hieronder in formulier) te vermelden. Het juiste bedrag kunt u vinden in de [tarievenlijst](#).

Na ontvangst van het aanvraagformulier, de 'Verklaring arts' en de betaling nemen we uw aanvraag in behandeling.

### Belangrijk om te weten

Bent u houder van een geldig rijbewijs? Houd er dan rekening mee dat de medische gegevens uit de vragenlijst ertoe kunnen leiden dat er een procedure wordt gestart op grond van de artikelen 130-134a van de Wegenverkeerswet 1994. Dit kán betekenen dat het CBR u na onderzoek door een specialist, ongeschikt verklaart voor het besturen van een motorrijtuig en uw rijbewijs ongeldig verklaart.

### Meer informatie?

Voor meer informatie over deze ontheffing verwijzen we u naar de online brochure over de [ontheffing autogordels](#).

### Privacy

CBR verwerkt uw persoonsgegevens voor de behandeling van uw aanvraag op grond van onze publiekrechtelijke taak en voor het verbeteren van en rapporteren over de dienstverlening. Meer informatie vindt u op [www.cbr.nl/privacy](http://www.cbr.nl/privacy).

De functionaris gegevensbescherming is bereikbaar via [privacy@cbr.nl](mailto:privacy@cbr.nl).

### Kenmerknummer

← Genereer dit 12-cijferige nummer op de ontheffingspagina op [www.cbr.nl](http://www.cbr.nl). Vul hetzelfde nummer hier in én als kenmerk bij uw betaling.

### Gegevens aanvrager

Voorletters en voornaam	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
Achternaam	→ Bent u getrouwd? Vul dan al uw achternamen in. <input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← Invullen in cijfers: dd-mm-ijij
Geboorteplaats	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	→ Vul het adres in waarop u post van het CBR wilt ontvangen. <b>huisnummer</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>toevoeging</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Postcode en plaats	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefoonnummer	→ Vul hier het telefoonnummer in waarop u overdag te bereiken bent. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

Verzoekt als (meerdere keuzes mogelijk)	<input type="checkbox"/> Bestuurder, <input type="checkbox"/> Passagier, <input type="checkbox"/> Passagier i.v.m. rolstoelvervoer,
om ontheffing van de draagplicht van de autogordel op grond van de volgende reden(en)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gaat het om een aanvraag tot verlenging van een eerder verleende ontheffing?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, nummer eerder verleende ontheffing <input type="text"/>

### Ondertekening

Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <span style="font-size: small;">← Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj</span>
Plaats	<input type="text"/>
Handtekening	<input type="text"/>

### Naar CBR sturen

Heeft u alles ingevuld?	<p>Stuur dan dit volledig ingevulde en ondertekende formulier samen met de ingevulde en ondertekende medische vragenlijst naar:</p> <p>CBR,  team Autogordels,  Postbus 3012,  2280 GA Rijswijk ZH</p>
-------------------------	--

# Verklaring arts voor het aanvragen van Ontheffing draagplicht autogordel op medische gronden



Vragenlijst in te vullen door een **(huis)arts** of **specialist**.

## Geachte collega,

Gelieve de onderstaande vragenlijst zo gedetailleerd mogelijk in te vullen.

De aanvraag tot ontheffing draagplicht autogordel wordt ter advies voorgelegd

aan een medisch adviseur van het CBR.

In de verklaring dient daarom een diagnose te worden vermeld.

Uit de antwoorden op de vragen moet de noodzaak tot ontheffing

autogordelplicht blijken.

'Om medische redenen' of 'vanwege ziekte' wordt als onvoldoende beoordeeld.

## Gegevens betrokkene

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straat / huisnummer / toevoeging	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode en plaats	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## In te vullen door arts of specialist

1. Wat is de diagnose waarvoor betrokkene ontheffing vraagt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Wat zijn de klachten van betrokkene in relatie tot het dragen van de autogordel?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Verergert de gordel deze klachten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, specificeer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indien er sprake is van pijn, kunt u de aard van de pijn dan omschrijven?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Wordt betrokkene behandeld voor de pijn? (graag zo gedetailleerd mogelijk weergeven).	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, wat is de behandeling <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Wat zijn uw bevindingen bij het lichamelijk onderzoek met betrekking tot het probleemgebied? (graag uw bevindingen zo gedetailleerd mogelijk weergeven).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

4. Worden de klachten veroorzaakt door een stoma?	<input type="checkbox"/> Nee (ga door met vraag 5) <input type="checkbox"/> Ja, dan de volgende vragen beantwoorden:
a) Wanneer is de stoma aangelegd?	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj
b) Zijn er complicaties met betrekking tot de stoma?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, specificeer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Is er sprake van één of meerdere hernaties? (indien nee, ga dan door naar vraag 6)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, aantal <input type="text"/> Grootte <input type="text"/> Cm.
Is een operatief herstel van de hernatie(s) gepland?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, wanneer <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj
6. Zijn de klachten het gevolg van een longaandoening?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds wanneer <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj
Gebruikt betrokkene extra zuurstof tijdens het autorijden?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7. Hebben de klachten verband met ernstig overgewicht?	<input type="checkbox"/> Nee (ga door met vraag 8) <input type="checkbox"/> Ja, dan de volgende vragen beantwoorden:
a) Hoeveel weegt betrokkene?	<input type="text"/> Kg.
b) Wat is de lengte van betrokkene?	<input type="text"/> Cm.
8. Hebben de klachten verband met een operatie?	<input type="checkbox"/> Nee (ga door met vraag 9) <input type="checkbox"/> Ja, dan de volgende vragen beantwoorden:
a) Wat voor operatie heeft er plaatsgevonden?	<input type="text"/>
b) Wat is de datum van de (met name) laatste operatie?	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj
c) Zijn er nog nieuwe operaties gepland in de nabije toekomst?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, specificeer aard ingreep <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> en geplande datum: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj
d) Zijn er klachten inzake de wondgenezing?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graag specificeren <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Zijn de klachten van psychiatrische aard?	<input type="checkbox"/> Nee (ga door met vraag 10) <input type="checkbox"/> Ja, dan de volgende vragen beantwoorden:
a) Wat is de diagnose?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Is betrokkene in verband met deze klachten onder behandeling geweest van een psychiater of psycholoog?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, uit hoeveel sessies bestond de behandeling? <input type="text"/> (kopie van recent behandelverslag meesturen). <i>(N.B. Een behandeling bestaat uit therapeutische sessies en niet slechts uit één of meerdere intake gesprekken).</i>
c) Wat is het verband tussen de klachten en het niet kunnen dragen van de autogordel?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d) Is bij de behandeling specifiek aandacht besteed aan de klachten in relatie tot de autogordel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
10. Heeft betrokkene vóór het optreden van de klachten de autogordel wel gedragen?	<input type="checkbox"/> Nee (geef toelichting) <input type="checkbox"/> Ja, (ga door met vraag 11) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11. Is er sprake is van een aanvraag tot verlenging van een reeds verleende ontheffing van de draagplicht autogordel?

- Nee  
 Ja, dan de volgende vragen beantwoorden:

a) Is er sprake van een gewijzigde situatie vergeleken met de situatie op basis waarvan de vorige ontheffing werd verleend?

N.v.t.  
 Nee  Ja, specificeer:

### Ondertekening arts

Datum

-   -      ← Invullen in cijfers: dd-mm-ijij

Plaats

Handtekening arts

Stempel arts