

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: 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"/> <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"/>
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<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"/>
Kenmerk brief CBR	<input type="text"/>
Datum onderzoek	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Medicatiegebruik in relatie tot de rijgeschiktheid

Geneesmiddel	<input type="text"/>
Dosering	<input type="text"/>
Voorgeschreven door	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Specialist
Periode	<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="checkbox"/> tot nu <input type="checkbox"/> tot <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"/>
Indicatie	<input type="text"/>
Huidige klachten	<input type="text"/>
Geneesmiddel	<input type="text"/>
Dosering	<input type="text"/>
Voorgeschreven door	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Specialist
Periode	<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="checkbox"/> tot nu <input type="checkbox"/> tot <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"/>
Indicatie	<input type="text"/>
Huidige klachten	<input type="text"/>

Burgerservicenummer

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

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

Geneesmiddel

Dosering

Voorgeschreven door

- Huisarts
 Specialist

Periode

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

tot nu

tot

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

Indicatie

Huidige klachten

Geneesmiddel

Dosering

Voorgeschreven door

- Huisarts
 Specialist

Periode

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

tot nu

tot

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

Indicatie

Huidige klachten

Ondertekening

Naam arts

Adres

Telefoonnummer (voor overleg)

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

Handtekening en eventueel stempel

--	--