

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	
Burgerservicenummer	
Geboortedatum	- -
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Kenmerk brief CBR	
Datum onderzoek	- -

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	☐ Schizofreniespectrumstoornis
	☐ Anders nl.:
Datum (laatste) psychotische episode	van - - tot - -
Eenmalige episode?	☐ Ja ☐ Nee
Specifieke oorzaak bekend?	☐ Ja ☐ Nee
Indien ja, toelichting	
Actuele klachten?	☐ Ja ☐ Nee
Indien ja, toelichting	

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

--	--