

Keuringsverslag

Keuring voor rijbewijs 75+

cbr

Waarom vult u dit formulier in?

U keurt de aanvrager van een rijbewijs 75+. Of iemand die wil weten of hij of zij nog veilig kan rijden.

Uw verslag van de medische keuring stelt het CBR in staat een zorgvuldige beslissing hierover te nemen.

Wat moet u doen?

Beantwoord alle vragen. Heeft de aanvrager ook hulpformulieren ontvangen? Vul die dan ook in en zet uw handtekening eronder.

Geef de ondertekende formulieren terug aan de aanvrager.

Hij of zij stuurt het naar: CBR, divisie Rijgeschiktheid, afdeling medisch, Postbus 1062, 2280 CB Rijswijk (ZH).

Heeft u vragen?

Op cbr.nl/voorartsen vindt u meer informatie en contactmogelijkheden.

Uw gegevens

→ Wilt u de vragen met blokletters invullen? En niet buiten de velden schrijven?

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Naam arts | <input type="text"/> |
| Straat en huisnummer | <input type="text"/> |
| Postcode en plaats | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |
| BIG-registratienummer | <input type="text"/> |

Persoonlijke gegevens aanvrager

| | |
|--|--|
| Voorletters en achternaam | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> → Vul in als dd-mm-jjjj. |
| Burgerservicenummer | <input type="text"/> → Zie identiteitsbewijs van de aanvrager. |
| Heeft de aanvrager zijn of haar identiteitsbewijs aan u getoond? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Fysiek

→ Wilt u de hokjes helemaal opvullen?

| | |
|---|--|
| Datum van het onderzoek | <input type="text"/> → Vul in als dd-mm-jjjj. |
| 1 Gebruikt de aanvrager een hulpmiddel bij het lopen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 2. |
| 1a Wat is hiervoor de reden? | <input type="text"/> |
| 2 Is de aanvrager kortademig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 3. |
| 2a Geef de aard en ernst (GOLD-klasse) aan | <input type="text"/> |
| 2b Gebruikt de aanvrager zuurstoftherapie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 3 Is er sprake van een functiebeperking van de bovenste ledematen? | <input type="checkbox"/> Ja → Vingers <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Hand <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Pols <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Elleboog <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Arm <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Schouder <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 4. |
| 3a Geef de aard en ernst van de aandoening of functiebeperking aan | <input type="text"/> |

→ Ga naar de volgende pagina.

971 - 05 - 1



Burgerservicenummer

- 4 Is er sprake van een functiebeperking van de onderste ledematen? Ja → Voet links rechts Been links rechts
 Enkel links rechts Heup links rechts
 Knie links rechts
 Nee → Ga naar vraag 5.

4a Geef de aard en ernst van de aandoening of functiebeperking aan

- 5 Is er sprake van een functiebeperking van de wervelkolom? Ja → Cervicaal Nee → Ga naar vraag 6.
 Thoracaal
 Lumbaal

5a Geef de aard en ernst aan van de aandoening of beperking

Oogheekundig

- 6 Optisch correctiemiddel Welk type correctiemiddel gebruikt de aanvrager? Geen → Ga naar vraag 6a.
 Nachtlenzen → Ga naar vraag 6b.
 Bril → Ga naar vraag 6c.
 Contactlenzen overdag → Ga naar vraag 6d.

6a Geen optisch correctiemiddel
 VOD zc ,
 VOS zc ,
 VODS zc ,

6b Nachtlenzen
 VOD zc ,
 VOS zc ,
 VODS zc ,

6c Bril *Visus zonder correctie.* *Visus met correctie.*
 VOD zc , VOD mc ,
 VOS zc , VOS mc ,
 VODS zc , VODS mc ,

6d Contactlenzen overdag
 VOD mc ,
 VOS mc ,
 VODS mc ,

Sterkte contactlenzen Alleen invullen bij gebruik contactlenzen overdag. → Vermeld duidelijk een + of - in het eerste vakje bij de sferische sterkte.
Sferische sterkte *Cilindrische sterkte*
 OD S +/- , OD C - ,
 OS S +/- , OS C - ,

→ Ga naar de volgende pagina.



Burgerservicenummer

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

7 Is er een beperking van het gezichtsveld?

Ja Nee

→ Ga naar vraag 8.

7a Geef een toelichting

| |
|--|
| |
| |

8 Is er sprake van een oogheelkundige aandoening of behandeling door de oogarts nu of in het verleden?

Ja Nee

→ Ga naar vraag 9.

8a Om welke oogheelkundige aandoening(en) gaat het?

→ Een toelichting is alleen nodig bij Overige & verworven nystagmus.

Amblyopie OD OS

Refractieafwijking OD OS

Strabismus OD OS

Pseudofakie OD OS

Cataract OD OS

DRP OD OS

Glaucoom OD OS

Maculadegeneratie OD OS

Nystagmus aangeboren

verworven → Ga naar toelichting.

Overige oogheelkundige aandoeningen

→ Ga naar toelichting.

Toelichting

| |
|--|
| |
|--|

Intern

9 Wat is de bloeddruk?

Indien bloeddruk systolisch ≥ 180 mmHg of diastolisch ≥ 110 mmHg gaarne een tweede meting op een later tijdstip verrichten.

Bloeddruk 1e meting

/ mmHg

Bloeddruk 2e meting

/ mmHg

10 Wat is de uitkomst van het onderzoek van bloed dan wel urine op glucose?

Bloedglucose nuchter

mmol/l

Bloedglucose niet nuchter

mmol/l

of glucosurie Ja Nee

Psychisch

11 Hoe is de cognitie (OPS score)

O P S

→ Een toelichting kunt u bij vraag 12a opnemen

12 Hoe is de psychische toestand?

Goed → Ga naar vraag 13. Anders

12a Geef een toelichting.

Hier kunt u ook aanvullende informatie bij een OPS score geven.

| |
|--|
| |
| |

→ Ga naar de volgende pagina.



Burgerservicenummer

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

13 Zijn er nog niet genoemde functie beperkingen die naar uw oordeel het besturen van een motorvoertuig bemoeilijken?

Ja Nee

→ Ga naar vraag 14.

13a Geef de aard en ernst aan van de aandoening of functiebeperking

| |
|--|
| |
| |
| |

14 Heeft u nog aanvullende informatie?

Ja Nee

→ Ga naar ondertekening.

| |
|--|
| |
|--|

Ondertekening

Het CBR verzoekt u vriendelijk geen mededelingen te doen over de rijgeschiktheid van de aanvrager.

Handtekening arts

| |
|--|
| |
|--|

Datum

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|

→ Vul in als dd-mm-jjjj.

