

Verslag van de arts

Chronische nierschade (CNS)

cbr

Wie vult dit formulier in?

Dit formulier mag ingevuld worden door een arts. U hoeft met dit formulier niet naar een nefroloog.

Waarom vult de arts dit formulier in?

De arts verstrekt medische informatie over uw gezondheid zodat het CBR kan beoordelen of u (nog) veilig kunt rijden.

Met deze informatie is een beoordeling hiervan mogelijk.

Wat moet de arts doen?

De arts beantwoordt alle vragen op dit formulier of maakt gebruik van de ZorgDomeincode om het formulier digitaal in te vullen. De verwerking van het digitale formulier gaat sneller. Vult de arts het papieren formulier in, dan krijgt u het

ondertekend terug. U stuurt dit dan naar: CBR, divisie Rijgeschiktheid, afdeling medisch, Postbus 1062, 2280 CB Rijswijk (ZH).

Heeft u vragen?

Op cbr.nl/gezondheidsverklaring vindt u meer informatie. Bent u arts? Kijk dan op cbr.nl/voorartsen.

Algemene gegevens arts

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

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

Algemene gegevens aanvrager

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

Het onderzoek

1. Datum van het onderzoek	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → Vul in als dd-mm-jjjj.
2. Heeft de aanvrager chronische nierschade (CNS)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar toelichting.
2a Toelichting	<input type="text"/>

→ Ga naar de volgende pagina.



Burgerservicenummer aanvrager

3. Nierfunctie
Vul bij voorkeur de eGFR in
eGFR (MDRD): ml/min/1.73m²
of
Percentage: %

4. Oorzaak

Idiopathisch
 DM
 Hypertensie
Bloeddruk 1e meting / mmHg *Bloeddruk 2e meting* / mmHg

Hart- en vaatziekte
 Overig → *Ga naar toelichting.*

4a Toelichting
Indien van toepassing

5. Functionele beperkingen ten gevolge van CNS?

Ja
 Nee → *Ga naar vraag 6.*

5a Toelichting

6. Twijfelt u aan de rijgeschiktheid?

Ja
 Nee → *Ga naar vraag 7.*

6a Toelichting

7. Aanvullende informatie
Heeft u aanvullende informatie?

Ja
 Nee → *Ga naar ondertekening.*

7a Toelichting

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.*

094 - 03 - 2

