

Verslag van de arts

Epileptische aanval(len)

cbr

Wie vult dit formulier in?

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

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 dit 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/voorartsen staat meer informatie.

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

→ Ga naar de volgende pagina.



Burgerservicenummer aanvrager

Het onderzoek

1. Datum van het onderzoek

 - - → Vul in als dd-mm-jjj.

2. Frequentie

Hoe vaak heeft de aanvrager een epileptische aanval gehad?

- 1x → Ga naar vraag 3.
- ≥ 2x → Ga naar vraag 4.
- Geen epileptische aanvallen → Ga naar toelichting.

2a Toelichting

3. Eenmalige aanval

Datum epileptische aanval

 - - → Vul in als dd-mm-jjj.

4. Meerdere epileptische aanvallen

Welk(e) type(n) aanval(len) heeft de aanvrager?

Niet interfererende myoclonieën

Datum **eerste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Datum **laatste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Niet interfererende eenvoudige partiële aanvallen

Datum **eerste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Datum **laatste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Aanvallen in de slaap

Datum **eerste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Datum **laatste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Andere type(n) aanval(len)

Datum **laatste** aanval - - → Vul in als dd-mm-jjj.

Is het interval tussen de laatste twee aanvallen (van deze categorie aanvallen) ≥ 2 jaar?

- Ja
- Nee
- Het betreft de eerste aanval van deze categorie aanvallen

→ Ga naar de volgende pagina.



Burgerservicenummer aanvrager

5. Medicatie

Welk gebruik anti-epileptica is van toepassing?

- Nooit → Ga naar vraag 6.
 Gestopt op - - → Ga naar vraag 6.
 Actueel

5a Welke actuele medicatie gebruikt de aanvrager?

- Naam*
- Carbamazepine, $\geq 600\text{mg/dag}$ → Ga naar vraag 5b.
 Fenytoïne → Ga naar vraag 5b.
 Primidon → Ga naar vraag 5b.
 Fenobarbital → Ga naar vraag 5b.
 Andere anti-epileptica → Ga naar vraag 6.

5b Gebruikt de aanvrager de medicatie:

- < 1 jaar, startdatum - - → Vul in als dd-mm-jjjj.
 ≥ 1 jaar

6. Aanvullende informatie

Heeft u aanvullende informatie?

- Ja
 Nee → Ga naar ondertekening.

6a 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.

