

Verlag van de arts

Functiebeperking onderste ledemaat - wervelkolom

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 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"/> → 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.

Het onderzoek

1. Datum van het onderzoek	<input type="text"/> → Vul in als dd-mm-jjjj.
2. Heeft de aanvrager een functiebeperking van: De onderste ledemaat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2a De wervelkolom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 6.

→ Ga naar de volgende pagina.



Burgerservicenummer aanvrager

3. Functiebeperking onderste ledemaat

Niveau en zijde

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Voet | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Links |
| <input type="checkbox"/> Enkel | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Links |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Links |
| <input type="checkbox"/> Been | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Links |
| <input type="checkbox"/> Heup | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Links |

3a Toelichting
*Aard en ernst van de aandoening
en een beschrijving van de
functiebeperking*

4. Functiebeperking wervelkolom

Niveau

- Cervicaal
 Thoracaal
 Lumbaal

4a Toelichting
*Aard en ernst van de aandoening
en een beschrijving van de
functiebeperking*

5. Hulpmiddel

Gebruikt aanvrager een hulpmiddel
bij het lopen?

- Ja
 Nee → Ga naar vraag 6.

5a Toelichting

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.

096 - 02 - 2

