

M. van Loenen, psychiater

van Baerlestraat 13-II
1071AM Amsterdam
Email: keuring@psychiatervanloenen.nl

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELAAR VAN BETROKKENE

Betreft: verstrekken medische informatie aan de keurend arts door de behandelaar i.v.m. onderzoek naar de rijgeschiktheid (CBR).

Ingevuld door: (naam behandelaar) Stempel:

..... (functie)

..... (datum)

..... (organisatie)

..... (handtekening)

Betreft: (naam)

..... (geboren)

..... (handtekening betrokkene)*

1. DIAGNOSE/ VOORGESCHIEDENIS:

2. DSM IV- TR of 5:

3. IS ER BIJ BETROKKENE SPRAKE (GEWEEST) VAN MIDDELENMISBRUIK?

JA / NEEN (ANTWOORD OMCIRKELEN)

4. WAARUIT BESTAAT DE BEHANDELING EN IS BETROKKENE THERAPIETROUW:

5. GEBRUIKT BETROKKENE MEDICATIE EN ZO JA WELKE DOSERING EN IS BETROKKENE THERAPIETROUW:

6. IS ER SPRAKE VAN (VOLLEDIGE) REMISSIE EN ZO JA SINDS WANNEER:

* Betrokkene geeft toestemming voor overleg met bovenstaande behandelaar/ instelling indien daar aanleiding voor is op basis van de ingevulde informatie.