

# Diabetes mellitus vragenlijst



In te vullen door een arts

## Meer informatie

Op [www.cbr.nl/voorartsen](http://www.cbr.nl/voorartsen) vindt u meer informatie, zoals alle formulieren voor artsen en een link naar de Regeling eisen geschiktheid 2000.

Met vragen kunt u ons ook bellen op: 088 227 63 00.

Het formulier kunt u downloaden op [www.cbr.nl/voorartsen](http://www.cbr.nl/voorartsen).

## Opsturen

Stuurt u het compleet ingevulde en ondertekende formulier op naar: CBR divisie Rijgeschiktheid, postbus 1062, 2280 CB Rijswijk.

## Persoonlijke gegevens

→ Wilt u de vragen met een zwarte of blauwe pen invullen?

Voorletters en achternaam	<input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Kenmerk brief CBR	<input type="text"/>
Datum onderzoek	<input type="text"/>

## Informatie bij DM of glucosurie

Is er sprake van?	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> MODY <input type="checkbox"/> Geen van beiden
Diagnose DM	<input type="text"/> → Vul hier alleen het jaartal in.
Welke medicatie wordt gebruikt?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> GLP-1 analoog <input type="checkbox"/> Metformine <input type="checkbox"/> Acarbose <input type="checkbox"/> DPP-4 remmer <input type="checkbox"/> SGLT-2 remmer <input type="checkbox"/> Pioglitazon <input type="checkbox"/> Sulfonylureumderivaat <input type="checkbox"/> Repaglinide
Wordt betrokkene geregeld gecontroleerd door een diabetesdeskundige?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Hypoglycemie

→ Deze vraag alleen beantwoorden bij gebruik insuline en/of orale antidiabetica met kans op een hypoglycemie.

A. Heeft betrokken begrip van hypoglycemie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
B. Doen hypoglycemieën zich voor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien Ja:	
a. Voelt betrokkene hypoglycemieën goed aankomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
b. Reageert betrokkene adequaat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Toelichting op antwoord A en B, indien van toepassing	<input type="text"/>

Burgerservicenummer

→ Vul ook op deze 2e pagina het burgerservicenummer in.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### Diabetische complicaties

Zijn er complicaties aanwezig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, op welk gebied?	<input type="checkbox"/> Ogen	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Perifere zenuwen	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="text"/>
	% nierfunctie of eGFR indien bekend: <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Hart/bloedvaten	<input type="text"/>

Aanvullende informatie, inclusief resultaten eventueel overleg met behandelend arts.

	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 450px;"></div>
--	--

### Ondertekening

Naam arts	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		
Telefoonnummer (voor overleg)	<input type="text"/>		
Handtekening en eventueel stempel	<table border="1"><tr><td style="width: 35%; height: 60px;"></td><td style="width: 65%; height: 60px;"></td></tr></table>		