Naam:       Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:       Geboorteplaats:

Rijksregisternummer (facultatief):

Categorie van het huidig rijbewijs

[ ]  AM [ ]  A1 [ ]  A2 [ ]  A [ ]  B [ ]  B+E [ ]  C [ ]  C+E [ ]  C1 [ ]  C1+E [ ]  D [ ]  D+E [ ]  D1 [ ]  G

Afgeleverd te:       Nr.:

Geldig tot:

Kandidaat voor een rijbewijs geldig voor de categorie:

in voorkomend geval: datum van het vorig onderzoek:
 naam van de onderzoekende geneesheer:

Vragenlijst in te vullen door de kandidaat (kruis de toepasselijke vakken aan)

|  |  | **ja** | **neen** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een aandoening van het centraal of perifeer zenuwstelsel, een hersenbloeding, een hersenletsel, een schedelfractuur, een coma? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor belangrijke stoornissen in uw oordeels-, perceptie-, aanpassingsvermogen of voor een aandoening van de psychomotorische reacties? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u voor een geestesziekte of een andere psychiatrische aandoening in behandeling of in behandeling geweest? | [ ]  | [ ]  |
|  | Hebt u grote aanpassingsmoeilijkheden die zich bijvoorbeeld uiten door een onaangepast verkeersgedrag, overdreven risiconeming, ongecontroleerd gedrag? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor epilepsie, bewustzijnsdalingen, plotseling kort of langdurig bewustzijnsverlies, plotse verlammingen, duizeligheid of evenwichtsstoornissen? | [ ]  | [ ]  |
|  | Heeft u overdag abnormale vermoeidheid of slaapneigingen? | [ ]  | [ ]  |
|  | Snurkt u luid tijdens uw slaap? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een hart- of vaatziekte, een hartritme- of geleidingsstoornis, een hartinfarct, bloeddrukproblemen? | [ ]  | [ ]  |
|  | Heeft u een hartoperatie ondergaan? | [ ]  | [ ]  |
|  | Mist u het normale gebruik van een arm, een hand en/of vingers, een been en/of een voet of van de bijhorende gewrichten? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor diabetes? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u voor een oogziekte in behandeling of in behandeling geweest bij een oogarts? | [ ]  | [ ]  |
|  | Heeft u een oogoperatie of laserbehandeling ondergaan? | [ ]  | [ ]  |
|  | Draagt u een bril of contactlezen? | [ ]  | [ ]  |
|  | Is uw gezichtsvermogen, -scherpte en/of gezichtsveld aangetast? | [ ]  | [ ]  |
|  | Is uw zicht bij schemering of donker verminderd of onvoldoende? | [ ]  | [ ]  |
|  | Bent u afhankelijk van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen of bent u daarvoor in behandeling geweest? | [ ]  | [ ]  |
|  | Gebruikt u geneesmiddelen die invloed kunnen hebben op het bewustzijn, de waarneming, het oordeelsvermogen of het normaal functioneren zoals kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen, antidepressiva of andere psychofarmaca? | [ ]  | [ ]  |
|  | Heeft u een lever- of nieraandoening? | [ ]  | [ ]  |
|  | Heeft u een orgaantransplantatie of een andere artificiële implantatie met een mogelijke invloed op uw rijgeschiktheid ondergaan? | [ ]  | [ ]  |

Ik, ondergetekende, verklaar op mijn eer de voorafgaandelijke inlichtingen en vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld en niet aangetast te zijn door enige andere ziekte of andere aandoening die het normaal besturen van een voertuig van een categorie van groep 2, zelfs tijdelijk, zou kunnen verhinderen of belemmeren.

Datum:

Handtekening van de kandidaat:

De gegevens die, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, op dit formulier ingevuld worden, zullen behandeld worden voor het beheer van de medische onderzoeken met het oog op het verkrijgen van een rijbewijs door en onder de verantwoordelijkheid van [[1]](#footnote-1)

Indien u inzage wenst in de gegevens die u aanbelangen en, in voorkomend geval, een rechtzetting vraagt, kunt u zich richten tot 1

1. *Aan te vullen door de dienst die het medisch onderzoek uitvoert* [↑](#footnote-ref-1)