

Belangrijk: wil deze vragenlijst invullen en meebrengen naar het medisch onderzoek!

Naam: Voornaam:

Adres:

Geboortedatum: Geboorteplaats: Rijksregisternummer (facultatief):

Categorie en/of subcategorie van het huidig rijbewijs:

 AM A1 A2 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E G (A3, A, B, ...)(*)

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 arts:

(*) Geldige categorieën aankruisen.

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

	JA	NEEN
1. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een aandoening van het centraal of perifere zenuwstelsel, een hersenbloeding, een hersenletsel, een schedelfractuur, een coma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor belangrijke stoornissen in uw oordeels-, perceptie-, aanpassingsvermogen of voor een aandoening van de psychomotorische reacties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bent u voor een geestesziekte of een andere psychiatrische aandoening in behandeling of in behandeling geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hebt u grote aanpassingsmoeilijkheden die zich bijvoorbeeld uiten door een ongepast verkeersgedrag, overdreven risiconeming, ongecontroleerd gedrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor epilepsie, bewustzijnsdalingen, plotseling kort of langdurig bewustzijnsverlies, plotse verlammingen, duizeligheid of evenwichtsstoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Heeft u overdag abnormale vermoeidheid of slaapneigingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Snurkt u luid tijdens uw slaap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een hart- of vaatziekte, een hartritme- of geleidingsstoornis, een hartinfarct, bloeddrukproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Heeft u een hartoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mist u het normale gebruik van een arm, een hand en/of vingers, een been en/of een voet of van de bijhorende gewrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bent u voor een oogziekte in behandeling of in behandeling geweest bij een oogarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Heeft u een oogoperatie of laserbehandeling ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Draagt u een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is uw gezichtsvermogen, -scherpte en/of gezichtsveld aangetast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Is uw zicht bij schemeris of donker verminderd of onvoldoende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bent u afhankelijk van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen, of bent u daarvoor in behandeling geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Heeft u een lever- of nieraandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Heeft u een orgaantransplantatie of andere artificiële implantatie met een mogelijke invloed op uw rijgeschiktheid ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik, ondergetekende, verklaar op mijn eer de voorafgaande 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:

 Door de kandidaat **facultatief** in te vullen subvragen met betrekking tot de hierboven beantwoorde vragen 6 en 17

Indien u vraag 6, met 'JA' beantwoord heeft, omcirkel het cijfer dat uw oordeel geeft over de kans dat u zou indommelen of in slaap vallen in de volgende situaties (0 = nooit, 1 = kleine kans, 2 = redelijke kans, 3 = grote kans)

Zitten en lezen	0 1 2 3	TV kijken	0 1 2 3
Zitten, inactief zijn in een publieke plaats (bv. vergadering, theater ...)	0 1 2 3	Zitten en praten met iemand	0 1 2 3
Passagier in een wagen gedurende 1 uur zonder onderbreking	0 1 2 3	Gaan liggen na de middag als de omstandigheden het toelaten	0 1 2 3
Rustig zitten na een middagmaal zonder alcohol	0 1 2 3	In de wagen wanneer deze stilstaat gedurende enkele minuten in het verkeer	0 1 2 3
Indien u regelmatig alcohol gebruikt, beantwoord dan onderstaand subvragen		JA	NEEN
° Heeft u het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
° Raakt u wel eens geïrriteerd door opmerkingen van anderen op uw alcoholgebruik?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
° Heeft u zich wel eens vervelend of schuldig gevoeld over uw drinken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
° Heeft u wel eens 's ochtends vroeg gedronken om van een kater af te komen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Liantis EDPB. Voor inzage van uw gegevens en rechtzetting, kunt u zich richten tot Liantis EDPB vzw (adressen: zie liantis.be).