

De kandidaat voor het behalen van een rijgeschiktheidsattest voor het rijbewijs van groep 2 moet dit formulier ingevuld en ondertekend meebrengen naar het medisch onderzoek.

Al de verstrekte gegevens zijn strikt vertrouwelijk en blijven bewaard onder het medisch beroepsgeheim.

NAAM				
VOORNAAM				
STRAAT			NR	<input type="text"/>
			BUS	<input type="text"/>
POSTCODE	<input type="text"/>	PLAATS	<input type="text"/>	
RIJKSREGISTERNUMMER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GEBOORTEDATUM	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> (DD/MM/JAAR)
GEBOORTEPLAATS	<input type="text"/>			

Categorie en/of subcategorie van het huidig rijbewijs:

A3
 A
 B
 B+E
 C
 C+E
 C1
 C1+E
 D
 D+E
 D1
 D1+E (*)

(*) Geldige categorieën aankruisen.

		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 onaangepast 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.	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"/>
7.	Heeft u een hartoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor diabetes of suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mist u het normale gebruik van een arm, een hand en/of vingers, een been en/of een voet of een van de bijhorende gewrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Voorbehouden
voor medisch personeel
van CLB Preventie**

- CVA
- Epilepsie
 - Medicatie
 - 5 jaar aanvalsvrij
- Vertigo
- Evenwichtsstoornis
- Hypertensie
- Infarct
- Angina Pectoris
- Chronisch hartfalen
- Cardiomyopathie
- Aangeboren hartpathologie
- Kleplijden
- Hartritme- of geleidingsstoornis
- Pacemaker/Defibrillator
- Diabetes Mellitus
 - Type I
 - Type II
 - Insuline
 - Hypoglycemiserende medicatie
 - Endocrinoloog
 - Huisarts
- Functionele beperking
- CARA

		Ja	Neen		
10.	Heeft u een orgaantransplantatie of een andere artificiële implantatie met een mogelijke invloed op uw rijgeschiktheid ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.	Bent u voor een oogziekte in behandeling of in behandeling geweest bij een oogarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12.	Heeft u een oogoperatie of laserbehandeling ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.	Draagt u een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.	Is uw gezichtsvermogen, -scherpte en/of gezichtsveld aangetast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15.	Is uw zicht bij schemernis of donker verminderd of onvoldoende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16.	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"/>		
17.	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"/>		
18.	Heeft u een lever- of nieraandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19.	Heeft u slaapapneu of bent u in behandeling geweest voor slaapapneu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20.	Snurkt u luid tijdens uw slaap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.	Heeft u overdag abnormale vermoeidheid of slaapneigingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Zo ja, hoe waarschijnlijk dommelt u weg of valt u in slaap in de volgende situaties? Het betreft niet enkel moe zijn, maar wel om een gevoel van slaperigheid. De ingevulde zaken verwijzen naar uw huidige levenssituatie. Omcirkel het cijfer dat uw oordeel geeft over de kans dat u zou indommelen of in slaap. (0 = nooit, 1 = kleine kans, 2 = redelijke kans, 3 = grote kans)				
	- terwijl u al zittend aan het lezen bent	0	1	2	3
	- terwijl u al zittend televisie kijkt	0	1	2	3
	- tijdens passieve ontspanning (lezen, tv kijken, theater,..) of een vergadering	0	1	2	3
	- als passagier in een voertuig van een uur zonder onderbreking	0	1	2	3
	- wanneer u zich zou neerleggen 's namiddags wanneer de omstandigheden het zouden toelaten	0	1	2	3
	- terwijl u neerzit en met iemand praat	0	1	2	3
	- na een middagmaal terwijl u rustig neerzit, zonder dat u alcohol gedronken hebt	0	1	2	3
	- wanneer u in de wagen zit en enkele minuten moet wachten (bvb. 5min. In de file)	0	1	2	3

**Vorbehouden
voor medisch personeel
van CLB Preventie**

- Orgaantransplantatie
- Artificieel implantaat
- CARA

- Bijziend
- Verziend
- Astigmatisme

- Bril (<+8D)
- Contactlenzen
- Laserbehandeling

- Psychotrope stoffen
- Alcohol
- Geneesmiddelen

- Nierinsufficiëntie
- Leverinsufficiëntie

- Narcolepsie
- Slaapapneu
- CPAP

Epworth Sleepiness Scale

<10
 >10

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 of subcategorie van groep 2, zelfs tijdelijk, zou kunnen verhinderen of belemmeren..

Datum: / / (DD/MM/JAAR)

Handtekening van de kandidaat: