

IX. Eigen verklaring voor de kandidaat voor het rijbewijs van groep 2 (N° dossier:)

Naam: Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:/...../..... Geboorteplaats:

Rijksregisternummer (facultatief):

Categorie en/of subcategorie van het huidige rijbewijs

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

(*) Geldige categorieën aankruisen

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 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 oordeelsperceptie-, 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 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. 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, opwekkingsmiddelen, 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 een andere artificiële implantatie met een mogelijke invloed op uw rijgeschiktheid ondergaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZIE KEERZIJDE VOOR VERVOLG

| Vragenlijst in te vullen door de kandidaat (kruis de toepasselijke vakken aan) – vervolg | Ja | Neen |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Bent u in behandeling of ooit in behandeling geweest voor slaapproblemen (overdreven slaperigheid of slaapttekort) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bent u al eens in slaap gevallen tijdens rijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Heeft u een ongeval gehad wellicht door slaperigheid in de laatste 3 jaar (b.v. van de weg afgereden, achteraan op een ander voertuig gereden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Heeft iemand u gezegd dat u stopt met ademen tijdens uw slaap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bent u meestal uitgeslapen na een volledige nachtrust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Heeft u nu een behandeling of ooit een behandeling gehad voor hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Epworth Sleepiness Scale

Gelieve bij elke situatie aan te duiden hoeveel kans u zelf schat in te dommelen (neiging in slaap te vallen) tijdens de dag. Vul alles in. Beeld u desnoods in hoe u zou reageren. Omcirkel in de rechter kolom het cijfer dat hoort bij uw kans:

Geen kans = 0 - Lichte kans = 1 - Matige kans = 2 - Grote kans = 3

| SITUATIE (bij gemiddelde vermoeidheid) | KANS (omcirkel) |
|---|--|
| Zitten en lezen | 0 / 1 / 2 / 3 |
| TV kijken | 0 / 1 / 2 / 3 |
| Stil zitten in een openbare gelegenheid (wachtzaal, theater, bioscoop, vergadering) | 0 / 1 / 2 / 3 |
| Als passagier in een auto, een uur lang zonder pauze | 0 / 1 / 2 / 3 |
| 's Middags even gaan liggen om uit te rusten | 0 / 1 / 2 / 3 |
| Met iemand zitten praten | 0 / 1 / 2 / 3 |
| Even rustig zitten na een lunch zonder alcohol | 0 / 1 / 2 / 3 |
| In een auto, terwijl u een paar minuten stil staat in het verkeer | 0 / 1 / 2 / 3 |
| TOTAAL (tel op wat u heeft omcirkeld) | /24 ----- 0-9 10-15 16+ |

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

Datum:/...../.....

Handtekening 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 Premed vzw – Tiensevest 61 bus 2 – 3010 Kessel-Lo. Indien u inzage wenst in de gegevens die u aanbelangen en, in voorkomend geval, een rechtzetting vraagt, kunt u zich richten tot Premed vzw – Tiensevest 61 bus 2 – 3010 Kessel-Lo.