

Gezondheidsverklaring

Rijbewijs

cbr

Waarom vult u dit formulier in?

U wilt een rijbewijs aanvragen of verlengen. Of u wilt graag dat het CBR onderzoekt of u nog veilig kunt rijden met het rijbewijs dat u nu heeft.

Om te mogen rijden moet u 'rijgeschikt' zijn. Dat wil zeggen: geestelijk en lichamelijk gezond genoeg om te rijden. Dit formulier invullen is de eerste stap in de beoordeling van uw rijgeschiktheid. Het is belangrijk dat u de vragen eerlijk invult. Voor uw eigen veiligheid en de veiligheid van andere weggebruikers.

Wat moet u doen?

- Vul uw persoonlijke gegevens in. En kruis aan welk rijbewijs u aanvraagt.
- Beantwoord de vragen over 'Uw gezondheid' en zet uw handtekening eronder.
- Stuur het formulier in de antwoord-envelop op naar het CBR.
- Binnen een week krijgt u van ons post. Als medisch onderzoek nodig is, vertellen wij u precies wat u verder moet doen.

Verwerking gegevens

Wij verwerken uw persoonsgegevens volgens ons privacy statement (cbr.nl).

Heeft u vragen?

Op cbr.nl vindt u meer informatie. U kunt ook onze klantenservice bellen: 088 227 77 00. Van maandag tot en met vrijdag van 8 uur tot half 6.

Uw persoonlijke gegevens

→ Wilt u de vragen met een zwarte of blauwe pen invullen? En niet buiten de velden schrijven?

Voorletters en achternaam

→ Vul bij achternaam alleen uw geboortenaam in.

Burgerservicenummer

→ U vindt uw burgerservicenummer op uw paspoort of identiteitskaart.

Geboortedatum

→ Vul in als dd-mm-jjjj.

Straat en huisnummer

→ Vul het adres in waarop u post van het CBR wilt ontvangen. Huisnummer Toevoeging

Postcode en plaats

Telefoonnummer overdag

E-mailadres

Welk rijbewijs wilt u?

→ Wilt u de hokjes helemaal opvullen?

Voor welk rijbewijs vult u deze gezondheidsverklaring in?

Kruis alle rijbewijzen aan die u nu heeft. U vindt deze op de achterkant van uw rijbewijs. Geef in de rechterkolom aan welke rijbewijzen u wilt aanvragen.

Voor het rijbewijs Bromfiets, snorfiets of brommobiel (AM) is geen gezondheidsverklaring nodig.

Soort rijbewijs	Dit rijbewijs heb ik	Dit rijbewijs wil ik aanvragen
Motor of motorscooter (A1, A2, A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personenauto, bestelauto en bepaalde driewielers (B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanhangwagen achter auto (BE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tractor of motorvoertuig met beperkte snelheid (T)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Ga naar de volgende pagina.



GVRI-04-GV01



Uw gezondheid

Armen en benen

→ Wilt u de hokjes helemaal opvullen?

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | Kunt u uw arm, hand of vingers beperkt gebruiken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 2 | Kunt u uw been of voet beperkt gebruiken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Zicht en ogen

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|---|
| 3 | Kunt u met één of beide ogen beperkt zien, zelfs als u een bril of lenzen gebruikt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 4. |
| 3a | Rijdt u of wilt u gaan rijden met een bioptische telescoop (BTS)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 4 | Wordt of werd u behandeld door een oogarts? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 5. |
| 4a | Staat u nu nog steeds onder controle van een oogarts? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Diabetes mellitus

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|---|
| 5 | Heeft u diabetes mellitus? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 6. |
| 5a | Gebruikt u op dit moment medicijnen voor de diabetes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 6. |
| | Heeft u de diabetes al langer dan 10 jaar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Verminderde nierfunctie

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|---|
| 6 | Heeft u chronische schade aan uw nieren (een verminderde nierfunctie)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 7. |
| 6a | Is uw nierfunctie minder dan 20%? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Aandoening van longen of bloed, transplantatie

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| 7 | Heeft u een aandoening van uw longen (COPD), een hoge bloeddruk of een bloedziekte? Of heeft u een orgaantransplantatie gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|

Hart en bloedvaten

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|---|
| 8 | Heeft u een ziekte van uw hart of van uw bloedvaten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 9. |
| 8a | Heeft u een ICD? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 8b | Heeft u een steunhart? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Aandoening van het zenuwstelsel

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|--|
| 9 | Heeft een arts bij u een aandoening vastgesteld van uw ruggenmerg, zenuwstelsel of hersenen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 10. |
| 9a | Heeft een arts bij u een vorm van dementie of MCI vastgesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9b | Heeft u een beroerte, een herseninfarct of een hersenbloeding gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 9c. |
| | Is dit in de afgelopen zes maanden gebeurd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| | Bent u aan de bloedvaten van uw hersenen geopereerd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| | Heeft u nog steeds klachten van uw beroerte of herseninfarct? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9c | Is er bij u een misvorming van een hersenbloedvat ontdekt, zonder dat u eerst een bloeding had? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9d | Heeft u een ziekte van uw zenuwstelsel? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9e | Heeft u een spierziekte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9f | Heeft u een hersentumor? Of heeft u er een gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9g | Heeft u een aandoening van uw hersenen of zenuwstelsel die nog niet genoemd is? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

→ Ga verder op de volgende pagina.



Uw gezondheid (vervolg)

Epilepsie, slaperigheid en bewusteloosheid

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| 10 Heeft u wel eens een epileptische aanval gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 11. |
| 10a Heeft u de laatste epileptische aanval in de afgelopen vijf jaar gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 11 Heeft u wel eens overdag last gehad van abnormale slaperigheid? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 12. |
| 11a Heeft een arts slaapapneu (OSAS) bij u vastgesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 11b Heeft een arts narcolepsie of hypersomnolentie bij u vastgesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 12 Bent u in de afgelopen drie jaar plotseling uw bewustzijn verloren (zoals flauwgevallen)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 13. |

Ziekte van Menière

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| 13 Heeft u als gevolg van de ziekte van Menière in het afgelopen jaar aanvallen van duizeligheid gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 14. |
|---|-----------------------------|--|

Gedragsaandoening en psychiatrische diagnose

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 14 Heeft een arts bij u ADHD of ADD vastgesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 15. |
| 15 Heeft een arts bij u autisme of een vorm daarvan vastgesteld, zoals PDD-NOS, McDD of Asperger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 16. |
| 16 Heeft een arts een andere psychische of psychiatrische diagnose bij u gesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 17. |
| 16a Heeft een arts bij u een depressie of een bipolaire stoornis vastgesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 16b. |
| Is de diagnose in de afgelopen vijf jaar gesteld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 16b. |
| Bent u in het afgelopen jaar behandeld door een psychiater? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 16b Heeft u wel eens een psychose gehad of heeft u schizofrenie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 16c. |
| Heeft u tot nu toe maar één keer een psychose gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee → Ga naar vraag 16c. |
| Heeft u die éénmalige psychose in de afgelopen 10 jaar gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 16c Heeft u een angststoornis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 16d Heeft u een andere psychische of psychiatrische aandoening die in de vorige vragen niet genoemd is? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Misbruik van middelen

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 17 Heeft u de afgelopen vijf jaar overmatig gebruik (misbruik) gemaakt van alcohol, drugs of andere verslavende middelen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|---|-----------------------------|------------------------------|

Medicijnen

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 18 Gebruikt u medicijnen die de rijvaardigheid negatief beïnvloeden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|--|-----------------------------|------------------------------|

Verdere klachten of aandoeningen

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 19 Heeft u verder nog klachten of aandoeningen die u kunnen beperken bij het besturen van een voertuig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
|---|-----------------------------|------------------------------|

Ondertekening

Ik heb deze eigen verklaring over mijn gezondheid naar waarheid ingevuld.

Handtekening

Datum - -

→ Vul in als dd-mm-jjjj.

