

## **GEZONDHEIDSVERKLARING:**

1. Kunt u uw arm, hand of vingers beperkt gebruiken?

Ja	Nee
----	-----

Vul ja in als:

- u weinig kracht heeft in uw arm, hand of vingers.
- u uw arm, hand of vingers helemaal niet kunt gebruiken (bijvoorbeeld door verlamming).
- u een arm of hand helemaal of voor een deel mist
- u een armprothese heeft

2. Kunt u uw been of voet beperkt gebruiken?

Ja	Nee
----	-----

Vul ja in als:

- u weinig kracht heeft in een been of voet.
- u uw been of voet helemaal niet kunt gebruiken (bijvoorbeeld door verlamming).
- u een voet of been helemaal of voor een deel mist
- u een beenprothese heeft
- u hulpmiddelen gebruikt bij het lopen, zoals een stok, rollator.

3. Kunt u met één of beide ogen beperkt zien, zelfs als u een bril of lenzen gebruikt?

Ja	Nee
----	-----

Ziet u met uw bril of contactlenzen goed? Kies dan "nee".

Draagt u uw bril of contactlenzen en ziet u daarmee nog niet goed vul dan 'Ja' in.

Met lenzen zijn ook nachtlenzen bedoeld

4. Wordt of werd u behandeld door een oogarts?

Ja	Nee
----	-----

Vul ja in als u nu onder behandeling bent, maar ook als u in het verleden bent behandeld door een oogarts.

5. Heeft u diabetes mellitus?

Ja	Nee
----	-----

6. Heeft u chronische schade aan uw nieren (een verminderde nierfunctie)?

Ja	Nee
----	-----

Vul ook ja in als u gedialyseerd wordt.

7. Heeft u een aandoening van uw longen (COPD), een hoge bloeddruk of een bloedziekte? Of heeft u een orgaantransplantatie gehad?

Ja	Nee
----	-----

8. Heeft u een ziekte van uw hart of van uw bloedvaten?

Ja	Nee
----	-----

U vult bijvoorbeeld ja in als u een pacemaker of ICD heeft. Of als u een hartaanval heeft gehad of een openhartoperatie. Of als u een afwijking heeft aan uw bloedvaten, zoals aderverkalking, of als u gedotterd bent of geopereerd.

9. Heeft een arts bij u een aandoening vastgesteld van uw ruggenmerg, zenuwstelsel of hersenen?

Ja	Nee
----	-----

Het gaat om bijvoorbeeld:

- beroerte, hersenbloeding, hersentumor, hersenletsel;
- ziekte van Parkinson, multiple sclerose, ALS;
- spierzwakte;
- dementie (alle vormen);
- dwarslaesie, zenuwletsel of neuropathie.

Maar u vult ook ja in als een arts een ziekte van uw hersenen of zenuwstelsel heeft vastgesteld die niet in dit rijtje staat. In de vervolgvragen kunt u aangeven wat er precies aan de hand is.

## **GEZONDHEIDSVERKLARING:**

10. Heeft u weleens een epileptische aanval gehad?

Ja	Nee
----	-----

Er zijn veel soorten epileptische aanvallen. Voor deze vraag maakt de soort niet uit. Vul ja in als u ooit een epileptische aanval heeft gehad.

11. Heeft u weleens overdag last gehad van abnormale slaperigheid?

Ja	Nee
----	-----

Vul ja in als u weleens overdag zo veel slaap kreeg, dat het u echt niet lukte om wakker te blijven. Denk daarbij aan ziekte als slaapapneu en narcolepsie.

12. Bent u in de afgelopen drie jaar plotseling uw bewustzijn verloren (zoals flauwvallen)?

Ja	Nee
----	-----

Plotseling bewusteloos raken kan veel oorzaken hebben. Vul ja in als u om wat voor reden dan ook wel eens bewusteloos bent geraakt.

13. Heeft u als gevolg van de ziekte van Menière in het afgelopen jaar aanvallen van duizeligheid gehad?

Ja	Nee
----	-----

14. Heeft een arts bij u ADHD of ADD vastgesteld?

Ja	Nee
----	-----

15. Heeft een arts bij u autisme of een vorm daarvan vastgesteld, zoals PDD-NOS, McDD of Asperger?

Ja	Nee
----	-----

16. Heeft een arts bij u een andere psychische of psychiatrische diagnose gesteld?

Ja	Nee
----	-----

Vul ja in als u bij een huisarts of psychiater bent geweest die een psychiatrische ziekte bij u heeft vastgesteld. Denk aan een depressie, een psychose of een angststoornis.

17. Heeft u de afgelopen vijf jaar overmatig gebruik (misbruik) gemaakt van alcohol, drugs of andere verslavende middelen?

Ja	Nee
----	-----

Vul ja in als:

- u moeilijk zonder alcohol of drugs kunt;
- u regelmatig rijdt onder invloed van alcohol of drugs;
- u in de afgelopen vijf jaar bent behandeld voor alcohol- of drugsmisbruik.

Weet u niet of u alcohol of drugs misbruikt?

Doe dan de test op <http://www.jellinek.nl/test-uw-kennis-of-gebruik/test-uw-gebruik/>

18. Gebruikt u medicijnen die de rijvaardigheid negatief beïnvloeden?

Ja	Nee
----	-----

Het gaat om medicijnen waar u bijvoorbeeld slaperig of suf van kunt worden, of om medicijnen met ernstige bijwerkingen.

Vaak staat er een waarschuwing op de verpakking, maar niet altijd. Het staat wel altijd in de bijsluiter. Twijfelt u?

Ook op [www.rijveiligmetmedicijnen.nl](http://www.rijveiligmetmedicijnen.nl) kunt u opzoeken of u medicijnen heeft waarmee u beter niet kunt rijden.

19. Heeft u verder nog klachten of aandoeningen die u kunnen beperken bij het besturen van een voertuig?

Ja	Nee
----	-----

Deze vraag kunt u bijvoorbeeld met ja beantwoorden als er bij de rijopleiding weinig voortgang is. Of als u het CBR wilt informeren dat u doof bent of een verstandelijke beperking heeft.