

Naam :

Adres :

Woonplaats :

Geboortedatum :

1. Hebt u last van of last gehad van epileptische aanvallen, flauwvallen, aanvallen van abnormale slaperigheid overdag of andere bewustzijnsstoornissen? JA / NEE
2. Hebt u last van of last gehad van evenwichtsstoornissen of ernstige duizelingen? JA / NEE
3. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor een psychiatrische stoornis, een hersenziekte zoals een beroerte - of een ziekte van het zenuwstelsel? JA / NEE
4. Maakt u misbruik van of hebt u misbruik gemaakt van alcohol, geneesmiddelen, drugs of andere geestverruimende of bedwelmende middelen of bent u daarvoor ooit medisch onderzocht of onder behandeling geweest? JA / NEE
5. Wordt of werd u behandeld voor inwendige ziekten als suikerziekte, hart- en vaatziekten, verhoogde bloeddruk, nierziekte of longziekte? Of hebt u een hart- of vaatoperatie ondergaan? JA / NEE
6. Kunt u een arm, een hand of uw vingers niet of slechts beperkt gebruiken?
7. Kunt u een been of voet niet of slechts beperkt gebruiken? JA / NEE
8. Ziet u minder goed met een of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen? JA / NEE
9. Wordt of werd u behandeld door een oogarts? Of hebt u een oogoperatie of een laserbehandeling van de ogen ondergaan? JA / NEE
10. Gebruikt u medicijnen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve middelen, antipsychotische middelen of opwekmiddelen? JA / NEE
11. Hebt u nog andere aandoeningen, ziekten of functiebeperkingen die het besturen van motorrijtuigen moeilijker maken? JA / NEE

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord.

Datum: Indien jonger dan 18, naam ouder of voogd:

.....

.....

Handtekening: Handtekening:

.....

.....