

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Heeft u last van of last gehad van epileptische aanvallen, flauwvallen, aanvallen van abnormale slaperigheid overdag of andere bewustzijnsstoornissen?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ u een epileptische aanval heeft gekregen ▪ u overdag een slaapaanval heeft gehad (zo sterk dat u niet wakker kon blijven) ▪ bij u een slaapstoornis is geconstateerd, zoals narcolepsie of slaapapneu ▪ u in de afgelopen 3 jaar flauw bent gevallen |
| <p>2. Heeft u last van of last gehad van evenwichtsstoornissen of ernstige duizelingen?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als u het afgelopen jaar weleens niet meer goed kon staan, bewegen of zien, omdat u duizelig of uit evenwicht was.</i></p> |
| <p>3. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor een psychiatrische stoornis, een hersenziekte – zoals een beroerte– of een ziekte van het zenuwstelsel?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als u een psychische stoornis heeft, of iets aan uw hersenen of zenuwstelsel heeft. Het gaat om een stoornis of ziekte die invloed kan hebben op hoe u zich voelt en hoe u ziet, denkt en beweegt. Ook als u nu geen klachten van uw stoornis of ziekte heeft, vult u 'ja' in.</i></p> <p><i>Voorbeelden van psychische stoornissen, hersenziekten en zenuwziekten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ beroerte, TIA, hersenbloeding, hersentumor, hersenletsel ▪ ADD en ADHD, autisme, PDD-NOS, Asperger ▪ ziekte van Parkinson, multiple sclerose, ALS, spierzwakte ▪ depressie, psychose, schizofrenie, angst, compulsieve stoornis ▪ dementie |
| <p>4. Maakt u misbruik van of heeft u misbruik gemaakt van alcohol, geneesmiddelen, drugs of andere geestverruimende of bedwelmende middelen of bent u daarvoor ooit medisch onderzocht of onder behandeling geweest?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ u moeilijk zonder alcohol of drugs kan ▪ u meer dan eens heeft gereden onder invloed van alcohol of drugs ▪ u in de afgelopen vijf jaar bent behandeld voor misbruik van alcohol of drugs ▪ het CBR uw rijbewijs ongeldig heeft verklaard, omdat u alcohol of drugs misbruikt <p><i>Weet u niet of u alcohol of drugs misbruikt? Doe dan de test op jellinek.nl</i> <i>Vul de vraag ook met 'ja' in als uw rijbewijs wegens de recidiveregeling ongeldig is verklaard.</i></p> |
| <p>5. Wordt of werd u behandeld voor inwendige ziekten als suikerziekte, hart- en vaatziekten, verhoogde bloeddruk, nierziekte of longziekte? Of heeft u een hart- of vaatoperatie ondergaan?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ u suikerziekte heeft ▪ u een pacemaker, ICD of steunhart heeft <p><i>U vult ook 'ja' in als u klachten heeft die invloed hebben op hoe u denkt, ziet of beweegt. Zoals klachten door:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hart- en vaatziekten ▪ hoge bloeddruk ▪ ziekte aan organen, zoals nieren of longen |
| <p>6. Kunt u een arm, hand of uw vingers niet of slechts beperkt gebruiken?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als u weinig kracht heeft in uw hand, arm of vingers.</i></p> <p><i>U vult ook 'ja' in als u uw hand, arm of vingers helemaal niet kan gebruiken. Bijvoorbeeld als u:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ verlamde spieren heeft of gewrichtsklachten ▪ een deel van een arm of hand mist |
| <p>7. Kunt u een been of voet niet of slechts beperkt gebruiken?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als u weinig kracht heeft in een been of voet.</i></p> <p><i>U vult ook 'ja' in als u uw been of voet helemaal niet kan gebruiken. Bijvoorbeeld als u:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ verlamde spieren heeft of gewrichtsklachten ▪ een deel van een been of voet mist <p><i>Als u hulpmiddelen gebruikt bij het lopen, zoals een stok of rollator, vult u hier ook 'ja' in.</i></p> |
| <p>8a. Ziet u minder goed met één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen?</p> | <p><i>U vult 'ja' in als u:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wazig of minder scherp ziet ▪ een lui oog heeft of wiebelogen (nystagmus) ▪ maar een deel van de ruimte ziet <p><i>Draagt u een bril of lenzen? Vul dan alleen 'ja' in als u niet goed ziet mét uw bril op of lenzen in.</i></p> |
| <p>8b. Wordt of werd u behandeld door een oogarts? Of heeft u een oogoperatie of een laserbehandeling van de ogen ondergaan?</p> | <p><i>U vult ja in als</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ U bij de oogarts komt voor staar, glaucoom of een lui oog ▪ U een laserbehandeling heeft gehad, behalve als die was om geen bril te hoeven dragen ▪ U bij de oogarts bent geweest omdat u niet de hele ruimte ziet |
| <p>9. Gebruikt u medicijnen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve middelen, antipsychotische middelen of opwekmiddelen?</p> | <p><i>U vult ja in als:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ U medicijnen gebruikt waar u bijvoorbeeld slaperig of suf van kan worden ▪ U medicijnen gebruikt met ernstige bijwerkingen <p><i>Vaak staat er een waarschuwing op de verpakking of in de bijsluiter. Ook op rijveiligmetmedicijnen.nl kunt u opzoeken of u medicijnen heeft waarmee u beter niet kunt rijden (klasse III). Of vraag het uw arts of apotheker.</i></p> |
| <p>10. Heeft u nog andere aandoeningen, ziekten of functiebeperkingen die het besturen van motorrijtuigen moeilijker maken?</p> | <p><i>U vult ja in als:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ U iets heeft dat niet in deze vragenlijst staat, maar wat wel invloed kan hebben op hoe u rijdt, zoals moeite met omkijken ▪ U twijfelt of u nog wel veilig kan rijden |