

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? ja nee
7. Kunt u een been of voet niet of slechts beperkt gebruiken? ja nee
- 8a. Ziet u minder goed met één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen? ja nee
- 8b. Wordt of werd u behandeld door een oogarts? Of hebt u een oogoperatie of een laserbehandeling van de ogen ondergaan? ja nee
9. Gebruikt u medicijnen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve middelen, antipsychotische middelen of opwekmiddelen? ja nee
10. 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.
Let op: artikel 114 Wegenverkeerswet 1994 [zie toelichting].

Invullen in cijfers: dd-mm-jjjj

Datum

 - -

Handtekening

Vergeet niet –indien van toepassing– de achterzijde in te vullen!

