

Gezondheidsverklaring

Rijbewijs 75+

cbr

Waarom vult u dit formulier in?

U wilt een rijbewijs aanvragen of verlengen. Of wilt u het rijbewijs houden dat u al heeft, maar wilt u graag dat het CBR onderzoekt of u nog veilig kunt rijden. Om ook na uw 75e 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 antwoordenvolp op naar het CBR.
- Binnen een week krijgt u van ons post. Daarin vertellen wij wat u verder moet doen. En waar u terecht kunt voor uw rijbewijskeuring.

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?	Soort rijbewijs	Dit rijbewijs heb ik	Dit rijbewijs wil ik aanvragen
<i>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.</i> <i>Voor het rijbewijs Bromfiets, snorfiets of brommobiel (AM) is geen gezondheidsverklaring nodig.</i>	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"/>
	Vrachtauto of zware camper (C1, C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aanhangwagen achter vrachtauto of trekker met oplegger (C1E, CE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bus (D1, D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aanhangwagen achter bus (D1E, DE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tractor of motorvoertuig met beperkte snelheid (T)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Ga naar de volgende pagina.



GV75-04-GV01

Uw gezondheid → *Wilt u de hokjes ■ helemaal opvullen?*

1	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 → <i>Ga naar vraag 2.</i>
1a	Rijdt u of wilt u gaan rijden met een bioptische telescoop (BTS)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
2	Wordt of werd u behandeld door een oogarts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3	Heeft u diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
4	Heeft u chronische schade aan uw nieren (een verminderde nierfunctie)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5	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
6	Heeft u een ziekte van uw hart of van uw bloedvaten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee → <i>Ga naar vraag 7.</i>
6a	Heeft u een ICD?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6b	Heeft u een steunhart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7	Heeft een arts bij u een aandoening vastgesteld van uw ruggenmerg, zenuwstelsel of hersenen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee → <i>Ga naar vraag 8.</i>
7a	Heeft een arts bij u een vorm van dementie of MCI vastgesteld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7b	Heeft u een beroerte, een herseninfarct of een hersenbloeding gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7c	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
7d	Heeft u een ziekte van uw zenuwstelsel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7e	Heeft u een spierziekte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7f	Heeft u een hersentumor? Of heeft u er een gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7g	Heeft u een aandoening van uw hersenen of zenuwstelsel die nog niet genoemd is?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8	Heeft u wel eens een epileptische aanval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9	Heeft u wel eens overdag last gehad van abnormale slaperigheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
10	Bent u in de afgelopen drie jaar plotseling uw bewustzijn verloren (zoals flauwvallen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
11	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
12	Heeft een arts bij u een psychische of psychiatrische diagnose gesteld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee → <i>Ga naar vraag 13.</i>
12a	Heeft een arts bij u een depressie of een bipolaire stoornis vastgesteld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12b	Heeft u wel eens een psychose gehad of heeft u schizofrenie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12c	Heeft u een angststoornis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12d	Heeft u ADHD of ADD?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12e	Heeft u autisme of een vorm daarvan, zoals PDD-NOS, McDD of Asperger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12f	Heeft u een andere psychische of psychiatrische aandoening die in de vorige vragen niet genoemd is?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
13	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
14	Gebruikt u medicijnen die de rijvaardigheid negatief beïnvloeden?	<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.