

- Vul het formulier in en breng het mee naar uw medisch onderzoek.
- Dit formulier bevindt zich ook op onze website: [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be) (rubriek Chauffeurs)
- Contact Center: 02/524 97 97

### 1. Gegevens van de kandidaat

Rijksregisternummer

Naam

Voornaam

### 2. Informatie omtrent uw rijbewijs

Categorie en/of subcategorie van het huidig rijbewijs

A3
  A
  B
  B+E
  C
  C+E
  C1
  C1+E
  D
  D+E
  D1
  D1+E(\*)

(\*) Geldige categorieën aankruisen

Afgeleverd te..... Nr: .....

Geldig tot en met:   /   / 20

Kandidaat voor een rijbewijs geldig voor de categorie: .....

In voorkomend geval:

Datum van het vorig onderzoek:   /   / 20

Naam van de onderzoekende geneesheer: .....

### 3. Vragenlijst, in te vullen door de kandidaat (kruis de toepasselijke vakken aan)

|  | JA                       | NEE                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een aandoening van het centraal of perifeer zenuwstelsel, een hersenbloeding, een hersenletsel, een schedelfractuur, een coma?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor belangrijke stoornissen in uw oordeels-, perceptie-, aanpassingsvermogen of voor een aandoening van de psychomotorische reacties?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u voor een geestesziekte of een andere psychiatrische aandoening in behandeling of in behandeling geweest?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hebt u grote aanpassingsmoeilijkheden die zich bijvoorbeeld uiten door een onaangepast verkeersgedrag, overdreven risiconeming, ongecontroleerd gedrag?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor epilepsie, bewustzijnsdalingen, plotseling kort of langdurig bewustzijnsverlies, plotse verlammingen, duizeligheid of evenwichtsstoornissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Heeft u overdag abnormale vermoeidheid of slaapneigingen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Snurkt u luid tijdens uw slaap?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een hart- of vaatziekte, een hartritme- of geleidingsstoornis, een hartinfarct, bloeddrukproblemen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Heeft u een hartoperatie ondergaan?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mist u het normale gebruik van een arm, een hand en/of vingers, een been en/of een voet of van de bijhorende gewrichten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor diabetes?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*De gegevens die, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, op dit formulier ingevuld worden zullen behandeld worden voor het beheer van de medische onderzoeken met het oog op het verkrijgen van een rijbewijs door en onder de verantwoordelijkheid van de Directeur-generaal van het Bestuur van de medische expertise – Victor Hortaplein 40/10, 1060 Brussel.*

*Indien u inzage wenst in de gegevens die u aanbelangen en, in voorkomend geval, een rechtzetting vraagt, kunt u zich richten tot de Directeur-generaal van het Bestuur van de medische expertise – Victor Hortaplein 40/10, 1060 Brussel*

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12. Bent u voor een oogziekte in behandeling of in behandeling geweest bij een oogarts?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u een oogoperatie of laserbehandeling ondergaan?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Draagt u een bril of contactlenzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Is uw gezichtsvermogen, -scherpte en/of gezichtsveld aangetast?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Is uw zicht bij schemer of donker verminderd of onvoldoende?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Bent u afhankelijk van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen, of bent u daarvoor in behandeling geweest?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Gebruikt u geneesmiddelen die invloed kunnen hebben op het bewustzijn, de waarneming, het oordeelsvermogen of het normaal functioneren zoals kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen, antidepressiva of andere psychofarmaca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Heeft u een lever- of nieraandoening?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Heeft u een orgaantransplantatie of een andere artificiële implantatie met een mogelijke invloed op uw rijgeschiktheid ondergaan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ik, ondergetekende, verklaar op mijn eer de voorafgaandelijke inlichtingen en vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld en niet aangetast te zijn door enige andere ziekte of andere aandoening die het normaal besturen van een voertuig van een categorie of subcategorie van groep 2, zelfs tijdelijk, zou kunnen verhinderen of belemmeren.**

Datum:   /   / 20

Handtekening van de kandidaat: