

Holtingerbrink 146  
7812 DA EMMEN  
Mobiel: 06-28176734  
[info@autorijsschoolblonk.nl](mailto:info@autorijsschoolblonk.nl)  
[www.autorijsschoolblonk.nl](http://www.autorijsschoolblonk.nl)

BANK: NL83INGB0004605250  
BTW: NL1759.28.320.B01  
KVK: 04073481  
CBR: 6521A1



## **Gezondheidsverklaring**

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

CBR Kandidaatsnummer: \_\_\_\_\_

*Dit formulier dient alleen ter interne informatie van Autorijsschool Blonk. Om jou goed te kunnen begeleiden is deze informatie essentieel. Vul de officiële Gezondheidsverklaring tijdig in, dit versnelt het opleidingstraject. De Gezondheidsverklaring koop je via het beveiligde CBR portaal <https://mijn.cbr.nl> Je dient hier in te loggen met je geldige Digi-D en te betalen via Ideal.*

*Streep bij het beantwoorden van onderstaande vragen steeds het foute antwoord door. Alléén als je een JA hebt ingevuld, beantwoordt je de bijbehorende sub-vragen.*

1. Kunt u uw arm, hand of vingers beperkt gebruiken?

JA / NEE

2. Kunt u uw been of voet beperkt gebruiken?

JA / NEE

3. Kunt u met één of beide ogen beperkt zien, zelfs als u een bril of lenzen gebruikt?

JA / NEE

3a) Rijdt u of wilt u gaan rijden met een bioptische telescoop (BTS)?

JA / NEE

4. Wordt of werd u behandeld door een oogarts?

JA / NEE

4a) Staat u nu nog steeds onder controle van een oogarts?

JA / NEE

5. Heeft u diabetes mellitus?

JA / NEE

5a) Gebruikt u op dit moment medicijnen voor de diabetes?

JA / NEE

5a1) Heeft u de diabetes al langer dan 10 jaar?

JA / NEE

6. Heeft u chronische schade aan uw nieren (een verminderde nierfunctie)?

JA / NEE

6a) Is uw nierfunctie minder dan 20%?

JA / NEE

7. Heeft u een aandoening van uw longen (COPD), een hoge bloeddruk of een bloedziekte? Of heeft u een orgaantransplantatie gehad?

JA / NEE

8. Heeft u een ziekte van uw hart of van uw bloedvaten?

JA / NEE

8a) Heeft u een ICD?

JA / NEE

8b) Heeft u een steunhart?

JA / NEE

9. Heeft een arts bij u een aandoening vastgesteld van uw ruggenmerg, zenuwstelsel of hersenen?

JA / NEE

9a) Heeft een arts bij u een vorm van dementie of MCI vastgesteld?

JA / NEE

9b) Heeft u een beroerte, een herseninfarct of hersenbloeding gehad?

JA / NEE

9b 1) Is dit in de afgelopen zes maanden gebeurd?

JA / NEE

9b 1.1) Bent u aan de bloedvaten van uw hersenen geopereerd?

JA / NEE

9b 1.2) Heeft u nog steeds klachten van uw beroerte of herseninfarct?

JA / NEE

9c) Is er bij u een misvorming van een hersenbloedvat ontdekt, zonder dat u eerst een bloeding had?

JA / NEE

9d) Heeft u een ziekte van uw zenuwstelsel?

JA / NEE

9e) Heeft u een spierziekte?

JA / NEE

9f) Heeft u een hersentumor? Of heeft u er een gehad?

JA / NEE

9gi) Heeft u een aandoening van uw hersenen of zenuwstelsel die nog niet genoemd is?

JA / NEE

10. Heeft u weleens een epileptische aanval gehad?

JA / NEE

10a) Heeft u de laatste epileptische aanval in de afgelopen vijf jaar gehad?

JA / NEE

11. Heeft u weleens overdag last gehad van abnormale slaperigheid?

JA / NEE

11a) Heeft een arts slaapapneu (OSAS) bij u vastgesteld?

JA / NEE

11b) Heeft een arts narcolepsie of hypersomnolentie bij u vastgesteld?

JA / NEE

12. Bent u in de afgelopen drie jaar plotseling uw bewustzijn verloren (zoals flauwvallen)?

JA / NEE

13. Heeft u als gevolg van de ziekte van Menière in het afgelopen jaar aanvallen van duizeligheid gehad?

JA / NEE

14. Heeft een arts bij u ADHD of ADD vastgesteld?

JA / NEE

15. Heeft een arts bij u autisme of een vorm daarvan vastgesteld, zoals PDD-NOS, McDD of Asperger?

JA / NEE

16. Heeft een arts bij u een andere psychische of psychiatrische diagnose gesteld?

JA / NEE

16a) Heeft een arts bij u een depressie of een bipolaire stoornis vastgesteld?

JA / NEE

16 a1) Is de diagnose in de afgelopen vijf jaar gesteld?

JA / NEE

16 a1.1) Bent u in het afgelopen jaar behandeld door een psychiater?

JA / NEE

16b) Heeft u weleens een psychose gehad of heeft u schizofrenie?

JA / NEE

16 b1) Heeft u tot nu toe maar één keer een psychose gehad?

JA / NEE

16 b1.1) Heeft u die éénmalige psychose in de afgelopen 10 jaar gehad?

JA / NEE

16c) Heeft u een angststoornis?

JA / NEE

16d) Heeft u een andere psychische of psychiatrische aandoening die in de vorige vragen niet genoemd is?

JA / NEE

17. Heeft u de afgelopen vijf jaar overmatig gebruik (misbruik) gemaakt van alcohol, drugs of andere verslavende middelen?

JA / NEE

18. Gebruikt u medicijnen die de rijvaardigheid negatief beïnvloeden?

JA / NEE

19. Heeft u verder nog klachten of aandoeningen die u kunnen beperken bij het besturen van een voertuig?

JA / NEE

Ik verklaar de Gezondheidsverklaring naar waarheid te hebben in gevuld.  
Onjuiste verklaringen vallen, óók na het behalen van het rijbewijs, onder de juridische aansprakelijkheid van ondergetekende en kunnen nimmer op de rij school verhaalt worden.

Datum akkoord: \_\_\_\_\_

Handtekening cursist: \_\_\_\_\_

Ouder/Wettelijk vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_