



Vragenlijst bij Geneeskundige Verklaring Touringcar – en buurtbus keuring

Onderstaande vragen kunt u alvast thuis invullen. U levert deze vragenlijst in bij de arts die u gaat keuren.

1. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest wegens epilepsie(toevallen), wegrakingen (bewusteloosheid) of herhaalde flauwtes? Ja ☐ Nee ☐
2. Hebben zich bij u de laatste 5 jaren evenwichtstoornissen of duizelingen voorgedaan? Ja ☐ Nee ☐
3. Bent u wegens geestesziekten, zenuwziekten en/of aandoeningen van het zenuwstelsel onder specialistische behandeling of de laatste jaren onder behandeling geweest (o.a. vermoeidheid, wanen, paniekaanvallen, desoriëntatie, angst- of concentratiestoornissen)? Ja ☐ Nee ☐
4. Bent u afhankelijk van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen, dan wel daarvoor onder behandeling of de laatste jaren onder behandeling of de laatste 5 jaren daarvoor onder behandeling geweest? Ja ☐ Nee ☐
5. Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor ziekten zoals nierziekten, suikerziekte, longziekte, verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten of hebt u een hartoperatie ondergaan (ritmestoornissen, stolsels of trombosebeen)? Ja ☐ Nee ☐
6. Mist u het normale gebruik van een arm of hand en/of vingers dan wel van bijbehorende gewrichten (goede controle en geen bewegingsbeperkingen en/of spasticiteit)? Ja ☐ Nee ☐
7. Mist u het normale gebruik van een been en/of voet dan wel van bijbehorende gewrichten (goede controle en geen bewegingsbeperkingen en/of spasticiteit)? Ja ☐ Nee ☐
8. Mist u het normale gezichtsvermogen van één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen, of heeft u beperkt gezichtsvermogen? Ja ☐ Nee ☐
9. Kunnen uw ogen slecht aan het donker adapteren? Ja ☐ Nee ☐
10. Bent u voor een oogziekte onder behandeling van een oogarts of daarvoor onder behandeling geweest, of hebt u een oogoperatie ondergaan? Ja ☐ Nee ☐
11. Gebruikt u geneesmiddelen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals zenuwmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen, insuline, antidepressiva middelen, middelen tegen epilepsie en dergelijke? Ja ☐ Nee ☐
12. Hebt u nog andere afwijkingen of ziekten, waardoor het besturen van motorrijtuigen zonder speciale voorzieningen wordt belemmerd of bemoeilijkt? Ja ☐ Nee ☐
13. Voelt u zich soms bedreigd of raakt u snel geïrriteerd bij agressie? Ja ☐ Nee ☐
14. Heeft u last van slaapapneu en gebruikt u een CPAP apparaat? Ja ☐ Nee ☐ apparaat.

Datum:

Naam:

Handtekening: