

EIGEN VERKLARING

Voor een gehuwde of gehuwd geweest zijnde vrouw de meisjesnaam vermelden, desgewenst gevolgd door de achternaam van de echtgenoot.

Achternaam : _____
Voornamen, voluit : _____
Roepnaam : _____
Adres + huisnummer : _____
PC + woonplaats : _____
Geboorte datum :-.....-..... dd-mm-jjjj
Geboorte plaats : _____
BSN nummer : _____
Telefoon privé : _____
Telefoon mobiel : _____
Telefoon zaak : _____
E-mailadres : _____
Beroep/opleiding : _____

Aankruisen wat
van toepassing is

1.	Lijdt u of hebt u geleden aan epilepsie, ernstige hyperventilatie, flauwvallen, aanvallen van abnormale slaperigheid of andere bewustzijnsstoornissen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2.	Lijdt u of hebt u geleden aan evenwichtsstoornissen of duizelingen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3.	Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor een psychiatrische stoornis, een hersenziekte of een ziekte van het zenuwstelsel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5.	Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor inwendige ziekten als suikerziekte, hart- en vaatziekte, verhoogde bloeddruk, nierziekte en longziekte of hebt u een hart- of vaatoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
6.	Hebt u een functiebeperking waardoor het normale gebruik van een arm, hand of vingers, dan wel van bijbehorende gewrichten, beperkt of afwezig is?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
7.	Hebt u een functiebeperking waardoor het normale gebruik van een been of voet, dan wel van bijbehorende gewrichten beperkt of afwezig is?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
8a.	Hebt u een verminderd gezichtsvermogen van één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
8b.	Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest van een oogarts of hebt u een oogoperatie of een laserbehandeling van de ogen ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
9.	Gebruikt u geneesmiddelen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve middelen, antipsychotische middelen, opwekmiddelen en dergelijke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
10.	Hebt u nog andere aandoeningen of ziekten die het besturen van motorrijtuigen bemoeilijken en waarvoor mogelijk speciale voorzieningen nodig zijn?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Als één of meer van de bovenstaande vragen met "JA" dient te worden beantwoord moet je dit bespreken met de instructeur van je autorijsschool.

Het opzettelijk doen van onjuiste opgaven is strafbaar ingevolge artikel 114 van de Wegenverkeerswet 1994

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord en verklaart tevens bekend te zijn met de examenvoorwaarden van het CBR, welke ter inzage liggen bij autorijsschool DKS.

Datum:-.....-..... dd-mm-jjjj

Handtekening: _____