



Rijbewijskeuring touringcarchauffeurs (voormalige Medibuspas).

Wij verzoeken u om de onderstaande vragen te beantwoorden. Deze lijst dient u uit te printen en aan de arts overhandigen. Zonder deze ingevulde lijst kan de keuring niet doorgaan.

Neurologie en geestesziekten

1. *Heeft u ooit een epileptische aanval, wegrakingen of herhaalde flauwtes gehad?*
Nee | Ja > namelijk: _____
2. *Heeft u de laatste vijf jaar last gehad van evenwichtsstoornissen of aanhoudende duizeligheid?*
Nee | Ja > namelijk: _____
3. *Bent u wegens de volgende ziektebeelden ooit in behandeling geweest bij een specialist? Geestesziekten (vermoeidheid, wanen, paniekaanvallen, desoriëntatie, angst- of concentratiestoornissen), zenuwziekten en/of aandoeningen van het zenuwstelsel.*
Nee | Ja > namelijk: _____
4. *Bent u bekend met emtieregulatie problematiek (herhaaldelijk agressief, bedreigd of geïrriteerd gevoel).*
Nee | Ja > namelijk: _____

Bewegingsapparaat

5. *Is er sprake van een bewegingsbeperking van uw bovenste ledematen?*
Nee | Ja > namelijk: _____
6. *Is er sprake van een bewegingsbeperking van de onderste ledematen?*
Nee | Ja > namelijk: _____
7. *Is er sprake van een bewegingsbeperking van uw rug?*
Nee | Ja > namelijk: _____

Oogheelkunde

8. *Heeft u een beperking van uw gezichtsvermogen van één of beide ogen ondanks gebruik van een eventuele bril of contactlenzen?*
Nee | Ja > namelijk: _____
9. *Passen uw ogen zich slecht aan bij donker licht?*
Nee | Ja > namelijk: _____
10. *Bent u in het verleden ooit behandeld voor een oogziekte of bent u ooit door een oogarts behandeld?*
Nee | Ja > namelijk: _____

Interne ziektes

11. *Heeft u één of meerdere van de volgende ziekten: suikerziekte, een longziekte, verhoogde bloeddruk, nierfunctiestoornissen, hart- en vaatziekten?*
Nee | Ja > namelijk: _____

Drugs, Alcohol en geneesmiddelen

12. *Bent u (in de afgelopen 10 jaar) afhankelijk (geweest) van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen, dan wel daarvoor onder behandeling (geweest).*
Nee | Ja > namelijk: _____
13. *Gebruikt u één of meerdere van de volgende geneesmiddelen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden: insuline, medicatie voor de hersenen of het zenuwstelsel?*
Nee | Ja > namelijk: _____

Overig

14. *Heeft u nog andere afwijkingen of ziekten die mogelijk van invloed zijn op het besturen van een motorrijtuig?*
Nee | Ja > namelijk: _____

Ik verklaar bovengenoemde gegevens naar waarheid ingevuld te hebben. Ja

Datum	Naam	Handtekening