

Medische RijGeschiktheidsVragenlijst CARA

Brussel, postdatum.

Geachte Mevrouw, Heer,

U bent kandidaat - aanvrager of houder - van een rijbewijs van groep 1 (cat. AM, A1, A2, A, B, B+E, G) en:

- u bent ervan ingelicht, of u denkt dat uw lichamelijke conditie niet in overeenstemming is met de medische criteria of u heeft een functiestoornis die u mogelijk aanleiding geeft tot problemen bij het besturen van een motorvoertuig (bromfiets, motor, quad, trike, auto, bestelwagen, tractor, ...),
- u bent houder van een rijbewijs waarvan de geldigheidsduur beperkt is en wenst deze duur te verlengen,
- u bent naar het CARA verwezen door uw arts, de overheid, keurend arts, verzekeringsmaatschappij of andere.

Het CARA zal nagaan of u, en dit eventueel afhankelijk van het gebruik van aanpassingen, voorwaarden of beperkingen, rijgeschikt bent.

Gelieve het document “Deel A - Administratieve informatie” duidelijk leesbaar en volledig in te vullen.

In “Deel B - Eigen verklaring” dient u de kolom “Kandidaat” in te vullen en deze verklaring te ondertekenen.

Nadien wendt u zich tot een arts van uw keuze die ook een deel van de “Eigen Verklaring” dient in te vullen. Het doel van dit deel bestemd voor de arts is het aanleveren van de vereiste medische informatie, niet het nemen van de eindbeslissing. **De arts zal ook voor elke rubriek waar er door hem/haar “ja” aangekruist werd, het meest relevante medisch verslag aanleveren.** De volledig ingevulde bundel dient terug gestuurd te worden naar de arts van het CARA.

Na de ontvangst van alle documenten zal u een afspraak voorgesteld worden.

Met de meeste hoogachting,

CARA
Centrum voor Rijgeschiktheid

Gelieve bij het terugsturen van de documenten uw enveloppe voldoende te frankeren. Onvoldoende gefrankeerde post wordt niet bezorgd of kan naar de afzender worden teruggestuurd.

Deel A: Administratieve informatie



Mijn rijgeschiktheid werd reeds door het CARA onderzocht?

Ja Neen

Indien ja, dossiernummer:

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE (KANDIDAAT) BESTUURDER

Naam

Grid for name entry

Voornaam

Grid for first name entry

Geslacht

Grid for gender entry

Adres

Grid for address entry

Nummer

Grid for number entry

Bus

Grid for bus entry

Postnummer

Grid for postal code entry

Gemeente

Grid for municipality entry

Geboortedatum

Grid for date of birth entry

Geboorteplaats

Grid for place of birth entry

Land: Europese Unie

Grid for EU country entry

Niet Europese Unie

Grid for non-EU country entry

Beroep

Grid for profession entry

Telefoon

Grid for telephone entry

GSM

Grid for GSM entry

E-mail

Grid for email entry

Rijksregisternummer

Grid for national register number entry

1. Type aanvraag

Ik ben reeds in het bezit van een rijbewijs en:

ik vraag om een administratieve omwisseling.

De reden hiervoor is:

ik doe melding van een veranderde lichamelijke toestand.

ik wens een verlenging van de geldigheidsduur van mijn rijbewijs te bekomen.

Ik ben **niet** in het bezit van een rijbewijs

Ik ben naar het CARA verwezen door¹ mijn arts, de verzekering, een medisch expert, de rechter, andere²:

Door de rechtbank werd ik:

onder verlengde minderjarigheid geplaatst.

onder een beschermingsstatuut geplaatst.

¹ Duid aan of schrap wat niet past (van toepassing op de rest van dit document)

² Vul aan (van toepassing op de rest van dit document)

Ik ben door de rechtbank van het recht tot sturen vervallen verklaard.

Datum van uitspraak²:/...../.....

Vervallen tot²:/...../.....

Examen of onderzoek¹: Medisch / Psychologisch / Theorie / Praktijk
Zonder examen of onderzoek

Procedure tot herstel aangevat: Ja Neen

Indien Ja, gekozen instelling²:

2. **Mijn huidig rijbewijs**

is geldig voor de volgende categorieën¹:

A3 AM A1 A2 A B BE BF G C1 C CE D1 D DE

is afgeleverd te (plaats): op (datum):/...../.....

heeft als rijbewijsnummer:

bevat de volgende administratieve codes:

Gelieve een fotokopie van het rijbewijs toe te voegen.

3. **Gewenste categorieën van rijbewijs¹**

AM A1 A2 A B BE G

De aanvraag van een rijbewijs van Groep 2 dient te gebeuren *via de hiertoe aangestelde artsen* zoals bijvoorbeeld de arts van een arbeidsgeneeskundige dienst, de arts van MEDEX e.a. *Raadpleeg daarom eerst deze arts*. U zal indien nodig doorverwezen worden naar het CARA. Bij een aanvraag voor de rijbewijzen van Groep 2 dient het CARA te beschikken over een doorverwijsbrief van de aangestelde arts.

Wanneer u een rijbewijs van groep 2 wenst, duidt hierna de gewenste categorieën aan:

B C1 C CE D1 D DE

4. **Verkeersdeelname²**

Gedurende de laatste 3 jaar ben ik betrokken geweest in:

| Aantal | Ongevallen | Datum |
|--------|---|-------|
| | Met enkel stoffelijke schade | |
| | Ongevallen met lichte verwondingen | |
| | Ongevallen met zware verwondingen of dodelijke afloop | |
| | Bijna ongevallen | |

Eventuele toelichting:

.....
.....
.....

Gedurende de laatste 3 jaar heb ik ... processen verbaal voor een verkeersovertreding gekregen.

Datum en reden:

.....
.....

¹ Duid aan of schrap wat niet past (van toepassing op de rest van dit document)

² Vul aan (van toepassing op de rest van dit document)

Ik ondervind specifieke moeilijkheden tijdens het rijden met:

.....
.....
.....

Ik heb specifieke vragen met betrekking tot het rijden:

.....
.....
.....

5. Gordeldracht:

Ik bezit een *vrijstelling* voor het dragen van de veiligheidsgordel¹: Ja / Neen

Zo ja: Afgeleverd op:/...../.....

Nr. vrijstelling:

Ik ondergetekende verklaar dat bovenvermelde gegevens juist en volledig zijn.

Ik stem er mee in dat de door mij aangestelde arts(en) deze hieraan toegevoegde en alle andere nuttige inlichtingen, die vereist zijn voor het bepalen van mijn rijgeschiktheid, mag toevertrouwen aan de arts van het CARA. Ik begrijp dat de aangeleverde informatie en de resultaten van bijkomende onderzoeken enkel gebruikt worden voor de evaluatie van mijn rijgeschiktheid en niet ter beschikking gesteld worden aan derden, behalve bij wettelijke overmacht of mijn expliciete toestemming. Ik vertrouw erop dat de aangeleverde informatie GDPR-compliant behandeld zal worden.

Datum:/...../.....

Naam:

Handtekening:

¹ Duid aan of schrap wat niet past (van toepassing op de rest van dit document)

² Vul aan (van toepassing op de rest van dit document)

Geachte doorverwijzende arts:

Indien u wenst of dient gecontacteerd te worden en/of een copy te ontvangen van het resulterende rijgeschiktheidsattest, gelieve dan uw gegevens hieronder, duidelijke leesbaar, kenbaar te maken. Onze voorkeur is deze zoals hieronder aangegeven:

1. Uw email adres:

2. Uw faxnummer:

3. Uw postadres:

 Naam:

 Straat + nr:

 Postcode:

 Plaats:

Aanmelding op het CARA

In deel B, de Eigen Verklaring, gaat de arts van het CARA na welke de medische problematiek is die in rekening dient gebracht te worden bij de gevraagde rijgeschiktheidsbeoordeling. De vragen die gesteld worden staan in direct verband met de wettelijk bepaalde 'medische criteria' zoals vermeld in het KB 23 maart 1998, bijlage 6.

De arts van het CARA, die de rijgeschiktheidsbeslissing neemt, dient rekening te houden met alle vermelde criteria.

- Ook deel B dient bij elke aanvraag *volledig* ingevuld te worden, zowel door de (*kandidaat*)bestuurder als door de *arts naar keuze* (doorverwijzende arts). Bij niet volledig invullen, zal de vragenlijst terug gestuurd worden.

De (kandidaat) bestuurder antwoordt op de gestelde vragen met 'Ja' of 'Nee' in kolom 1 (aangeduid met 'Kandidaat'). De arts naar keuze (doorverwijzende arts) antwoordt op de gestelde vragen met 'Ja' of 'Nee' in kolom 2 (aangeduid met 'Arts').

Vervolgens dient de arts naar keuze de pagina met als titel "Algemene evaluatie betreffende de diagnose van doorverwijzing" te vervolledigen. **Ook dient hij/zij voor elke rubriek waar er door hem/haar "ja" aangekruist werd, het meest relevante medisch verslag aan te leveren.** Dit is het meest recente verslag, eventueel aangevuld met een vorig verslag om een volledig beeld van het ziekteverloop te verkrijgen.

De doorverwijzende arts levert informatie aan die relevant is voor de rijgeschiktheidsbeoordeling. Door het aanleveren van de relevante medische informatie neemt deze geen rijgeschiktheidsbeslissing. De doorverwijzende arts heeft enkel een informatieve rol. De eindbeslissing wordt immers genomen door de arts van het CARA.

Deel B: Eigen verklaring

De **kandidaat** antwoordt op de gestelde vragen met 'Ja' of 'Neen' in kolom 'Kandidaat'. De **arts** antwoordt (in functie van de kandidaat) op de gestelde vragen in kolom 'Arts'.

Dit deel van de vragenlijst dient altijd en volledig ingevuld te worden.

Neurologische aandoeningen

| | Kandidaat | | Arts | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Neen | Ja | Neen |
| 1. Heeft u ooit een letsel of aandoening (gehad) in het centrale zenuwstelsel, de hersenen of de schedel, van bij de geboorte of ten gevolge van een ongeval of ziekte (bv. een beroerte, gezwel, multiple sclerose, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft u een aandoening van de zenuwen, gelegen in de wervelkolom of in de ledematen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is het bekend dat u een aandoening heeft waarbij een bewustzijnsdaling, een plotseling bewustzijnsverlies of een plotselinge stoornis van uw normaal functioneren kan optreden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bent u ooit in coma geweest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Heeft u stoornissen van waarneming, aandacht, concentratie, oordeelsvermogen, snelheid van reactie of gedrag, oriëntatie in tijd en ruimte, of heeft men u ooit gezegd dat u één van deze stoornissen zou hebben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Geestelijke aandoeningen

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Heeft u nu of had u in het verleden een geestelijke (psychische of psychiatrische) aandoening of heeft men u er ooit op gewezen dat u psychisch niet normaal functioneert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hebt u grote aanpassingsmoeilijkheden die zich bijvoorbeeld uiten door een onaangepast (verkeers)gedrag, overdreven risiconame of ongecontroleerd gedrag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Epilepsie

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Heeft u epilepsie of heeft u vroeger één of meerdere epilepsieaanvallen gehad of andere aanvallen van bewustzijnsdaling of -verlies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Pathologische somnolentie

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vertoont u ongewone slaapneigingen gedurende de dag of is het u bekend dat u een ziekte heeft die de slaap verstoort of overmatige slaperigheid overdag uitlokt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Locomotorische aandoeningen

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Is het u bekend dat u een aandoening heeft die zich uit door een verminderde kracht, een verminderde beweeglijkheid, een volledige of gedeeltelijke afwezigheid of verlamming van één of meerdere ledematen, een gevoelsstoornis, een evenwichts- of coördinatiestoornis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Aandoeningen van het hart- of bloedvaten

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Is het u bekend dat u een hartziekte heeft of ooit gehad heeft? (bv. hartinfarct, hartklepafwijking, hartritmestoornissen,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bent u drager van pacemaker of een defibrillator? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u een te hoge of te lage bloeddruk of een aandoening van de bloedvaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diabetes mellitus

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Is het u bekend dat u diabetes mellitus (suikerziekte) heeft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Aandoeningen van het vestibulair systeem

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Heeft u evenwichtsstoornissen of heeft u plotselinge aanvallen van evenwichtsstoornissen of duizeligheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| Visuele functies | Kandidaat | | Arts | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 16. Is het u bekend dat u een aandoening van de ogen heeft (bv. glaucoom, cataract, verlies van een oog, dubbelzicht, ...) of werd/ wordt u hiervoor behandeld (lensimplant, laser, ...)? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 17. Ziet u slecht, onscherp of wazig? (u ziet slecht als u een nummerplaat van een auto die 15 à 20 meter van u verwijderd is niet kan lezen). | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 18. Draagt u een bril of contactlenzen, of gebruikt u andere hulpmiddelen om ver te kunnen zien? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 19. Is uw gezichtsveld beperkt of zijn er gebieden in uw blikveld waar u niets of minder dan normaal ziet? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 20. Hebt u ongewoon veel last met kijken bij schemerlicht en/of duisternis, mist, slechte weersomstandigheden? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 21. Hebt u andere problemen met het kijken, bijvoorbeeld herkennen, onderscheiden of verwerken van visuele informatie, inschatten van afstanden, diepte en/of snelheid? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

Alcohol, psychotrope stoffen

| | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 22. Gebruikt u of gebruikte u ooit drugs, verdovende of stimulerende middelen? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 23. Gebruikt u overmatig alcohol, bent u alcoholafhankelijk, -misbruikend of kan u zich niet onthouden van het gebruik van alcohol wanneer u een motorvoertuig bestuurt, of was dit in het verleden ooit het geval? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

Nier- en leveraandoeningen

| | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 24. Is het u bekend dat u een nier- of leveraandoening heeft? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

Implantaten

| | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 25. Heeft u een orgaantransplantatie ondergaan? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 26. Heeft u een implantatie ondergaan? (bij operatie ingebracht apparaat in het lichaam). | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

Andere stoornissen

| | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 27. Heeft u een andere functiestoornis dan voormelde die uw functionele vaardigheden bij het rijden kan beperken en een gevaar vormen bij het besturen van een motorvoertuig? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

Geneesmiddelen

| | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 28. Neemt u medicatie? Zo ja, welke? (vermelden wat u regelmatig neemt en wat u af en toe neemt, met de dosis) | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

Enkel in te vullen door de kandidaat:

Regelmatig:

Af en toe:

Ik, ondergetekende, verklaar op mijn eer de voorafgaande inlichtingen- en vragenlijst naar waarheid en volledig te hebben beantwoord.

De arts wordt verzocht, voor deze aandoeningen waarbij **ja** geantwoord werd, de overeenkomstige inlichtingenbladen (zie verder) in te vullen, of, indien nodig, te laten invullen door de desbetreffende specialist.

Datum:/...../.....

Datum:/...../.....

Handtekening aanvrager:

Handtekening van de arts:

Naam arts:

RIZIV-nummer en stempel

Diagnose(s) / reden van doorverwijzing

Diagnose(s), eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):

.....

Relevante nevendiagnose(s), eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):

.....

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag ? Ja Neen NVT
 (indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

Huidige medicatie:

.....

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat?

.....

Wat is de te verwachten evolutie?

.....

Klinisch onderzoek (neurologisch – locomotorisch) huidige toestand:

| | Re BL | Li BL | Re OL | Li OL |
|--------------------|---|---|---|---|
| Kracht | | | | |
| Sens. opp. diep | | | | |
| Mobiliteit | | | | |
| Reflexen – tonus | | | | |
| Coördinatie | | | | |
| Clonus | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |

.....

Heeft de kandidaat cognitieve stoornissen: geheugen, aandacht, concentratie, oriëntatie in tijd en ruimte, apraxie, agnosie, afasie (motorisch/sensorisch), neglectstoornis, anosognosie, perceptuele of visuospatiële dysfuncties, andere: Zo ja, duid aan AUB.

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:
.....
.....

Heeft de kandidaat voldoende inzicht in de problematiek en heeft hij/zij de nodige discipline en therapietrouw?
 Ja Neen

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen, dit geldt louter als advies niet als beslissing.

Gelieve het/de meest relevante medisch(e) verslag(en) aan te leveren betreffende hoofd-, en/of nevendiagnose(s) van uw patiënt. Dank bij voorbaat.

Naam en adres van de behandelende arts:
.....
.....
.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

ADVIES 1: ADVIESFORMULIER ARTSEN

U kan hier uw advies in verband met de rijgeschiktheid van uw patiënt kenbaar maken. Dit formulier is louter een advies, geen beoordeling of definitieve beslissing.

Categorieën van het rijbewijs voor **groep 1**:

| | Gunstig | Gereserveerd | Ongunstig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> AM (brommer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A1 (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A2 (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> B (auto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> B + E (aanhangwagen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> G (traktor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Acht u het wenselijk om voorwaarden of beperkingen te stellen (enkel gekende omgeving, geen snelweg, enkel bij daglicht, alcoholslot, ...)?

Ja Neen

Indien ja, welke voorwaarden of beperkingen?

.....

.....

.....

Opmerkingen:

.....

.....

.....

(Eventuele) geldigheidsduur:

- Een onbeperkte geldigheidsduur
- Een beperkte geldigheidsduur:/...../.....

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

.....

.....

.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

ADVIES 2: ADVIESFORMULIER ARTSEN

U kan hier uw advies in verband met de rijgeschiktheid van uw patiënt kenbaar maken. Dit formulier is louter een advies, geen beoordeling of definitieve beslissing.

Categorieën van het rijbewijs voor **groep 1**:

| | Gunstig | Gereserveerd | Ongunstig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> AM (brommer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A1 (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A2 (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> B (auto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> B + E (aanhangwagen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> G (traktor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Acht u het wenselijk om voorwaarden of beperkingen te stellen (enkel gekende omgeving, geen snelweg, enkel bij daglicht, alcoholslot, ...)?

Ja Neen

Indien ja, welke voorwaarden of beperkingen?

.....

.....

.....

Opmerkingen:

.....

.....

.....

(Eventuele) geldigheidsduur:

- Een onbeperkte geldigheidsduur
- Een beperkte geldigheidsduur:/...../.....

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

.....

.....

.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

ADVIES 3: ADVIESFORMULIER OOGARTSEN

U kan op dit document uw advies in verband met de rijgeschiktheid van uw patiënt kenbaar maken. Dit formulier is louter een advies, geen beoordeling of definitieve beslissing.

Categorieën van het rijbewijs voor **groep 1**:

| | Gunstig | Gereserveerd | Ongunstig | CARA* |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> AM (brommer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A1 (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A2 (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A (motorfiets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> B (auto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> B + E (aanhangwagen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> G (traktor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Acht u het nodig dat de kandidaat een optisch correctie draagt voor het besturen van een voertuig?

Ja Neen

Indien ja, welke correctie?

Enkel bril

Enkel contactlenzen

Bril of contactlenzen

Ooglap links / rechts

Specifiek gezichtshulpmiddel, specificeer:

Specifiek gezichtshulpmiddel links, specificeer:

Specifiek gezichtshulpmiddel rechts, specificeer:

Acht u het wenselijk om voorwaarden of beperkingen te stellen (enkel rijden bij daglicht, enkel gekende omgeving, geen snelweg)?

Ja Neen

Indien ja, welke voorwaarden of beperkingen?

.....

.....

Opmerkingen:

.....

(Eventuele) geldigheidsduur:

Een onbeperkte geldigheidsduur

Een beperkte geldigheidsduur:/...../.....

Naam en adres van de behandelende oogarts:

.....

.....

Datum:

RIZIV-nummer en stempel:

Handtekening:

* Door CARA te bepalen (indien de kandidaat enkel rijgeschikt kan verklaard worden conform artikel 45 van het KB van 23 maart 1998, gelieve dan een officieel model VIII in te vullen en mee te sturen).

VOORKEURSFORMULIER AFSPRAAKPLAATS

Het CARA voert op verschillende plaatsen rijpraktische onderzoeken uit in het kader van de rijgeschiktheidsbeoordeling. Mogen wij u vragen om dit formulier in te vullen, zodanig dat wij **rekening kunnen houden met** uw voorkeur van afspraakplaats?

OPGELET: Uw medische problematiek bepaalt de plaats en de daaraan gekoppelde onderzoeken en voertuigen. Bijvoorbeeld, wanneer een medisch of een neuropsychologisch onderzoek door onze dienst nodig geacht wordt, zal u worden uitgenodigd te Brussel.

- Brussel

- Vlaams Brabant
- Regio Leuven
- Regio Diest
- Regio Vlezenbeek

- Antwerpen
- Regio Geel
- Regio Kontich
- Regio Bornem

- Oost-Vlaanderen
- Regio Gent
- Regio Brakel
- Regio Aalst

- West-Vlaanderen
- Regio Brugge
- Regio Kortrijk

- Limburg
- Regio Hasselt
- Regio Overpelt