

| | Eigen Verklaring | ja | nee |
|-----|--|--|--|
| 1. | Hebt u last van of last gehad van epileptische aanvallen, flauwvallen, aanvallen van abnormale slaperigheid overdag of andere bewustzijnsstoornissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Hebt u last van of last gehad van evenwichtsstoornissen of ernstige duizelingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor een psychiatrische stoornis, een hersenziekte - zoals een beroerte - of een ziekte van het zenuwstelsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Wordt of werd u behandeld voor inwendige ziekten als suikerziekte, hart- en vaatziekten, verhoogde bloeddruk, nierziekte of longziekte? Of hebt u een hart- of vaatoperatie ondergaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Kunt u een arm, een hand of uw vingers niet of slechts beperkt gebruiken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Kunt u een been of voet niet of slechts beperkt gebruiken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | A. Ziet u minder goed met één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen? B. Wordt of werd u behandeld door een oogarts? Of hebt u een oogoperatie of een laserbehandeling van de ogen ondergaan? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. | Gebruikt u medicijnen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve middelen, antipsychotische middelen of opwekmiddelen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Hebt u nog andere aandoeningen, ziekten of functiebeperkingen die het besturen van motorrijtuigen moeilijker maken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Al bovenstaande vragen moet je met "NEE" kunnen beantwoorden. Neem even contact op met de autorijschool als je twijfelt of wanneer je met "ja" moet antwoorden.

Ik verklaar bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord:

**Artikel 114 WVW 1994
is van kracht:**

**Als u opzettelijk
onjuiste opgaven doet,
bent u strafbaar.**

Naam leerling: _____

Sofinummer: _____

Handtekening: _____