

Brussel, postdatum.

Geachte Mevrouw, Heer,

U bent kandidaat - aanvrager of houder - van een rijbewijs van groep 1 (cat. A3, 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 moeilijkheden oplevert bij het besturen van een motorvoertuig (bromfiets, moto, 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 de overheid, keurend arts, verzekerings-maatschappij 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 samen met u de "Eigen verklaring" zal doorlopen. De arts zal ook de bijgevoegde medische inlichtingenbladen invullen en deze bundel doorsturen naar de arts van het CARA.

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

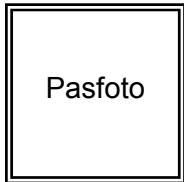
Met de meeste hoogachting,



Mark TANT, PhD  
Afdelingshoofd CARA

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: .....

**DOCUMENT IN TE VULLEN DOOR DE KANDIDAAT**

Naam

.....

Voornaam

.....

Geslacht

.....

Adres

.....

Nummer

.....

Bus

.....

Postnummer

.....

Gemeente

.....

Geboortedatum

.....

Geboorteplaats

.....

Land: Europese Unie

.....

Niet Europese Unie

.....

Beroep

.....

Telefoon privé

.....

Telefoon werk

.....

E-mail

.....

Rijksregisternummer

.....

**TYPE AANVRAAG**

- 1** Door de rechtbank werd
  - ik onder verlengde minderjarigheid geplaatst
  - een vermogensbeheerder aangesteld
- 2** Ik ben reeds in het bezit van een rijbewijs en
  - doe melding van een veranderde lichamelijke toestand
  - wens een verlenging van de geldigheidsduur van mijn rijbewijs te bekomen
- 3** Ik ben **niet** in het bezit van een rijbewijs.
- 4** Ik ben naar CARA verwezen door de verzekering, medisch expert, rechter, andere:..... (schrappen wat niet past)
- 5** Ik ben door de rechtbank van het recht tot sturen vervallen verklaard, mijn rijbewijs is ingeleverd.  
 Datum van uitspraak: ...../...../.....  
 Vervallen tot: ...../...../.....  
 Examen of onderzoek:  Medisch  Psychologisch  Theorie  Praktijk  
 Zonder examen of onderzoek  
 Procedure tot herstel aangevat:  Ja  Neen

**6** Mijn huidig rijbewijs is geldig voor de volgende categorie:  
(afhankelijk van het model van rijbewijs: periode van aflevering)

A B C D E F Beperkt tot nummerplaat: .....

of A1 A2 A3 B C D E

of A3 A B C C1 D D1 E G Codenummer: .....

Het rijbewijs is afgeleverd te:.....

Op ...../...../..... Nr. Rijbewijs: .....

Mijn huidig rijbewijs vervangt rijbewijs categorie: ..... afgeleverd op: .....

Mijn huidig rijbewijs is een duplicaat van rijbewijs categorie: ..... afgeleverd op:.....

Gelieve een fotokopie van het rijbewijs toe te voegen.

**7** Gewenste categorieën van rijbewijs?

A3 A B B+E G

Wanneer u een rijbewijs van groep 2 wenst, duid hierna de gewenste categorie aan.  
Ter gelegenheid van het eerste onderzoek kan een verkennend gesprek betreffende groep 2 plaatsvinden.

B (bezoldigd vervoer) C C1 D D1 E

(De aanvraag van een rijbewijs van groep 2 dient te gebeuren via de hiertoe aangestelde artsen zoals de arbeidsgeneesheer, de arts van MEDEX e.a.)

- Gedurende de laatste 5 jaar ben ik betrokken geweest in ... .. ongevallen (datum:...../...../.....;...../...../.....;...../...../.....) met enkel stoffelijke schade. Ik was verantwoordelijk voor ..... ongevallen met lichte verwondingen. Ik was verantwoordelijk voor ... .. ongevallen met zware of dodelijke verwondingen.

Bijna ongevallen: aantal: .... Reden: .....

Gedurende de laatste 5 jaar heb ik ..... proces verbalen voor een verkeersovertreding gekregen waarvan ..... zware overtredingen. ....

Ik ondervind specifieke moeilijkheden tijdens het rijden met:.....

.....

- Ik bezit een vrijstelling voor het dragen van de veiligheidsgordel:  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 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 gebruikt worden voor de evaluatie van mijn rijgeschiktheid en niet ter beschikking gesteld worden aan derden, behalve bij wettelijke overmacht.

Datum:

Naam:

Handtekening:

## Deel B: eigen verklaring

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

Dit deel van de vragenlijst dient altijd ingevuld te worden. Dank bij voorbaat.

*Kandidaat*

*Arts*

### **Neurologische aandoeningen**

- |  |                                |                                  |                                |                                  |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 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 een ziekte (bv. een beroerte, gezwel, multiple sclerose,...) | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft u een aandoening van de zenuwen, gelegen in de wervelkolom of in de ledematen?  | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> |
| 3. Is het u bekend dat u een aandoening heeft waarbij een bewustzijnsdaling, een plotseling bewustzijnsverlies of een plotselinge stoornis van uw normaal functioneren kan optreden?                                       | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> |
| 4. Bent u ooit in coma geweest?  | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><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?       | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><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? | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> |
| 7. Hebt u grote aanpassingsmoeilijkheden die zich bijvoorbeeld uiten door een onaangepast (verkeers)gedrag, overdreven risiconame, ongecontroleerd gedrag?                    | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> |

### **Epilepsie**

- |   |                                |                                  |                                |                                  |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 8. Heeft u epilepsie of heeft u vroeger één of meerdere epilepsieaanvallen gehad? | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Neen<br><input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

### **Pathologische somnolentie**

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

### **Locomotorische aandoeningen**

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

### **Aandoening van hart- of bloedvaten**

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

### **Diabetes mellitus**

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

### **Aandoeningen van het vestibulair systeem**

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

**Visuele functies**

16. Is het u bekend dat u een aandoening van de ogen heeft (bv. glaucoom, cataract, verlies van een oog, dubbelzicht, lensinplant,...) of werd of wordt hiervoor behandeld? Ja Neen Ja Neen
17. Ziet u slecht, onscherp of wazig? (u ziet slecht als u een nummerplaat van een auto die 10 meter van u verwijderd is niet kan lezen) Ja Neen Ja Neen
18. Draagt u een bril of contactlenzen om ver te kunnen zien? Ja Neen Ja Neen
19. Is uw gezichtsveld aangetast of zijn er gebieden in uw blikveld waar u niets ziet? (als u recht voor u kijkt moet u gelijktijdig en overal kunnen zien wat er gebeurt, zoniet is uw gezichtsveld aangetast). Ja Neen Ja Neen
20. Ziet u weinig of niets bij schemerlicht of duisternis? Ja Neen Ja Neen

**Alcohol, psychotrope stoffen**

21. Gebruikt u of gebruikte u ooit drugs, verdovende of stimulerende middelen? Ja Neen Ja Neen
22. 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 Neen Ja Neen

**Nier- en leveraandoeningen**

23. Is het u bekend dat u een nier- of leveraandoening heeft? Ja Neen Ja Neen

**Implantaten**

24. Heeft u een orgaantransplantatie ondergaan? Ja Neen Ja Neen
25. Heeft u een implantatie ondergaan? (bij operatie ingebracht apparaat in het lichaam) Ja Neen Ja Neen

**Andere stoornissen**

26. 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 Neen Ja Neen

**Geneesmiddelen**

27. Neemt u medicatie? Zo ja, welke? (vermelden wat u regelmatig neemt en wat u af en toe neemt, met de dosis) Ja Neen Ja Neen

**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 met **ja** geantwoord werd, de overeenkomstige inlichtingenbladen (zie verder) in te vullen, of, indien nodig, te laten invullen door de desbetreffende specialist.

Datum:

Datum:

Handtekening van de aanvrager

Handtekening van de arts

Naam en adres arts:.....  
.....

RIZIV nummer  
stempel



Brussel, postdatum.

Geachte collega,

Uw patiënt met een verminderde functionele vaardigheid is overeenkomstig het KB van 23 maart 1998 verplicht zich tot het CARA te wenden voor het bepalen van zijn rijgeschiktheid. Deze verminderde functionele vaardigheid kan het gevolg zijn van een aandoening van het musculo-skelettaal systeem, van het centraal of perifeer zenuwstelsel of van elke andere aandoening waardoor een beperking ontstaat van de motorische controle, de waarnemingen, het gedrag en beoordelingsvermogen (art. 45).

Bijgevoegd vindt u een vragenlijst, de zogenaamde “Eigen Verklaring”. Deze dient door de kandidaat ingevuld en door u bevestigd of gecorrigeerd te worden.

***De medische inlichtingenbladen zijn in dezelfde rubrieken zoals de “Eigen Verklaring” ingedeeld. Alle rubrieken waarop in de “Eigen Verklaring” met “ja” geantwoord werd, dienen ingevuld te worden door u of door de respectievelijke specialist, zoals voorzien in bijlage 6 bij het KB van 23 maart 1998.***

***Om uw patiënt meer doelgericht te kunnen verwijzen naar een specialist, kan u wanneer u beschikt over dergelijke behandelingsverslagen, opname- en ontslagrapporten een kopij van deze toevoegen. Bij noodzaak zal ik uw patiënt via u verwijzen naar de arts-specialist.***

De ingevulde inlichtingenbladen, evenals bijkomende documenten zoals kopijen van medische verslagen of onderzoeken stuurt u naar de arts van het CARA. Van zodra deze inlichtingenbladen in ons bezit zijn, wordt uw patiënt opgeroepen voor het rijgeschiktheidsonderzoek en het bepalen van de nodige aanpassingen, voorwaarden en beperkingen.

Bij voorbaat dank voor uw welwillende medewerking.

Met collegiale groeten,

De Concluderende, Keurende Arts CARA



Brussel, postdatum.

Geachte doorverwijzende arts,

Indien u wenst een afschrift te ontvangen van de afgeleverde attesten, gelieve dan uw gegevens hieronder, duidelijk leesbaar, kenbaar te maken. Onze voorkeur is deze zoals hieronder aangegeven:

1. Uw email adres: .....
2. Uw Medimail adres: .....
3. Uw faxnummer: .....
4. Uw postadres:

Naam .....

Straat + nr .....

Postcode .....

Plaats .....

# 1. Neurologische aandoeningen

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

.....

.....

.....

.....

Implantaten  Ja  Neen Zie deel 12

Huidige medicatie: .....

.....

.....

Heeft de medicatie een invloed op de rijgeschiktheid van de kandidaat?  Ja  Neen

Duur van de eventuele coma: .....

Duur van de eventuele posttraumatische amnesie: .....

Heeft de kandidaat een verhoogd risico op bewustzijnsdalingen of plots bewustzijnsverlies?

Ja  Neen

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

.....

.....

.....

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

.....

.....

.....

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.

Heeft de kandidaat stoornissen in het gedrag, het oordelen, de persoonlijkheid?  Ja  Neen

Zo ja, duid aan A.U.B.: .....



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

Vertoont de kandidaat abnormale mentale verouderingsverschijnselen?  Ja  Neen

Welke? .....

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende neuroloog:* .....

*Datum:*

*RIZIV-nr. (stempel)*

*Handtekening:*

## **2. Geestelijke aandoeningen**

**Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):** .....

Eventueel DSM IV - TR classificatie .....

Huidige medicatie: .....

Heeft de medicatie een invloed op de rijgeschiktheid van de kandidaat?  Ja  Neen

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

Bevindt de kandidaat zich in de toestand van gedwongen opname?  Ja  Neen Tot: .....

Bevindt de kandidaat zich onder verplicht nazorgcontract?  Ja  Neen Tot: .....

Werd door de rechtbank een vermogensbeheerder aangesteld?  Ja  Neen Sinds: .....

Is de kandidaat geïnterneerd?  Ja  Neen Tot: .....

Werd door de rechtbank de kandidaat in het statuut van verlengde minderjarigheid geplaatst?  Ja  Neen Sinds: .....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

.....

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende psychiater:* .....

.....

.....

.....

*Datum:*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

### **3. Epilepsie**

**Diagnose, eventuele etiologie en behandeling:** .....

.....

.....

.....

.....

Chirurgische ingreep: .....

.....

.....

Type aanval, beschrijving: .....

.....

**Datum eerste aanval:** .... / .... / ..... **Datum laatste aanval:** .... / .... / .....

Frequentie van de aanvallen: .....

Huidige medicatie: .....

.....

.....

Resultaten van het laatste EEG: .....

.....

.....

Vertoont het EEG epileptiforme afwijkingen?  Ja  Neen

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

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

.....

.....

.....

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

.....

.....

.....

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende neuroloog:* .....

.....

.....

*Datum:*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

#### **4. Pathologische somnolentie - narcolepsie - cataplexie - slaapapneu**

**Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):** .....

.....

.....

Huidige medicatie/behandeling: .....

.....

.....

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

.....

.....

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

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende neuroloog/pneumoloog:* .....

*Datum:*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

**5. Locomotorische aandoeningen**

***Bij hersenletsels enkel deel 1 "Neurologische aandoeningen" invullen***

**Diagnose en datum:** .....

**Behandeling:**

◆ Heelkunde (+ datum): .....

◆ Revalidatiecentrum: ..... *Duur: van:* ..... *tot:* .....

◆ Huidige medicatie: .....

**Huidige toestand:**

Klinisch onderzoek (locomotorisch - neurologisch)

	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

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

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

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

*Naam en adres van de behandelende arts/specialist:* .....

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

*Datum:* *RIZIV-nr. (stempel)*  
*Handtekening*

**6. Hart en bloedvaten**

**Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):** .....

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

Huidige medicatie: .....

.....  
.....

Implantatie van pacemaker?  Neen  Ja datum: .....

Implantatie van defibrillator?  Neen  Ja datum: .....

Andere heelkundige ingrepen en datum: .....

Indien van toepassing: NYHA klasse (\*): .....

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende arts/specialist:* .....

*Datum:*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

- (\*)
- |            |  |
|------------|--|
| Klasse I   | Patiënt met hartlijden zonder enige vorm van symptomen; normale fysieke inspanningen hebben geen vermoeidheid, hartkloppingen dyspneu noch anginale pijnen tot gevolg. |
| Klasse II  | Patiënt zonder symptomen in rust die bij normale inspanningen symptomen hebben.  |
| Klasse III | Patiënt zonder symptomen in rust die bij lichte inspanningen symptomen hebben.   |
| Klasse IV  | Patiënt met symptomen in rust.   |

## 7. Diabetes mellitus

Type van diabetes: .....

Diabetes sinds: .....

Huidige behandeling:

dieet alleen

bloedsuikerverlagende tabletten sinds:

welke? (omcirkelen en dosis aanduiden a.u.b.)

- hypoglycemie mogelijk <sup>(1)</sup>: Bevoren, Daonil, Diabinese, Diamicon, Euglucon, Glibenese, Glurenorm, Minidiab, Rastinon, Amarylle, Novonorm, andere: .....

dosis: .....

- geen hypoglycemie mogelijk: Glucophage (Metformine), Glucobay (Acarbose), Metformax, andere: .....

dosis: .....

Insuline sinds <sup>(1)</sup>:

welke? (soort, schema en dosis)

- ochtend: .....

- middag: .....

- avond: .....

- slapengaan: .....

Is de diabetes stabiel?

Neen  Ja

Is er een verhoogd risico voor hypoglycemie-aanvallen?

Ja <sup>(1)</sup>  Neen

Worden hypoglycemie-aanvallen voldoende op voorhand aangevoeld?

Neen  Ja

Is er een regelmatig geneeskundig toezicht?

Neen  Ja

door specialist ...../jaar

door huisarts ...../jaar

Aantal hypoglycemie-aanvallen met bewustzijnsverandering het laatste jaar? .....

Heeft de kandidaat een volledig inzicht in zijn aandoening?

Neen  Ja

Heeft de kandidaat een strikte therapietrouw?

Neen  Ja

Heeft de kandidaat een diabetes educatie gehad?

Neen  Ja

Heeft de aandoening een invloed op de visuele functies? <sup>(2)</sup>

Ja  Neen

Heeft de aandoening een invloed op het cardiovasculair systeem? <sup>(2)</sup>

Ja  Neen

Heeft de aandoening een invloed op het zenuwstelsel? <sup>(2)</sup>

Ja  Neen

Heeft de aandoening een invloed op de nierfunctie? <sup>(2)</sup>

Ja  Neen

<sup>(1)</sup> een endocrinologisch rapport is vereist

<sup>(2)</sup> zo ja, dienen de overeenkomstige hoofdstukken (resp. 9, 6, 1, 11) eveneens ingevuld te worden.

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar

te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

.....

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

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

Datum  
Handtekening

RIZIV-nr. (stempel)

**8. Gehoor en vestibulair systeem**

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

Huidige medicatie: .....

Kan de aandoening een plotselinge aanval van duizeligheid of plotselinge evenwichtsstoornissen, bewustzijnsdalingen veroorzaken?  Ja  Neen

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....



U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

Naam en adres van de behandelende neus, keel, oorspecialist: .....

.....

.....

.....

Datum  
Handtekening

RIZIV-nr. (stempel)

**9. Visuele functies**

**Indien de kandidaat een stoornis heeft van de visuele functies dient hij verwezen te worden naar een oogarts. Dit is wettelijk bepaald.**

**Verwijzing naar een oogarts dient te gebeuren bij een verminderd visueel functioneren** bijvoorbeeld een verminderde gezichtsscherpte (o.a. dragen van een bril of contactlenzen), verminderd gezichtsveld, oogmotoriekstoornissen of ptose, diplopie, gestoord schemerzicht, verlies van het gebruik van één oog, zowel ten gevolge van een aandoening van de oogzenuw als ten gevolge van een aandoening of letsel van de retina of elke andere aandoening.

**Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):** .....

.....

.....

Huidige medicatie: .....

.....

Oftalmologische antecedenten: .....

Inspectie: Biomicroscopisch onderzoek: .....

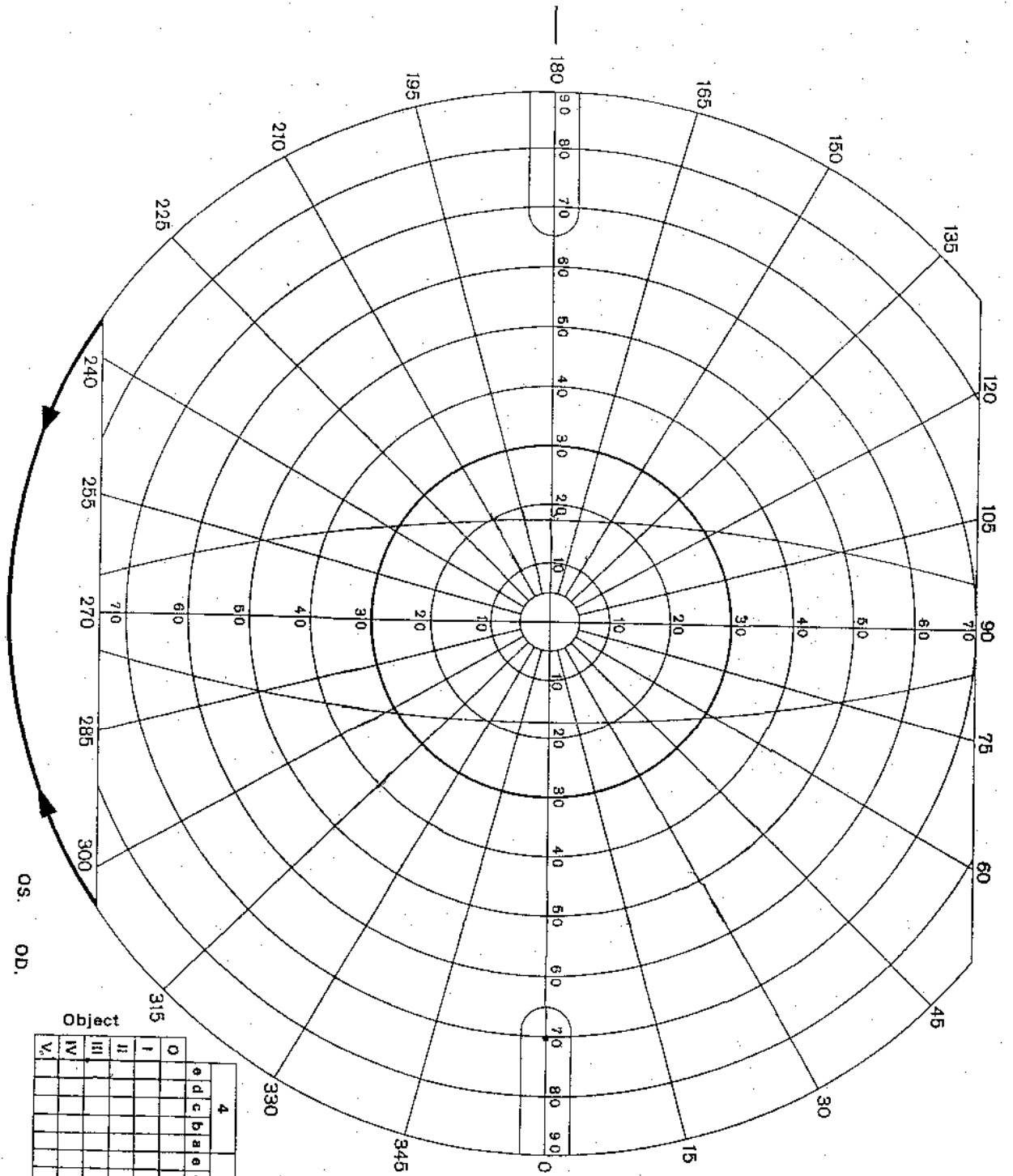
Oogmotiliteit - Covertest: .....

Pupil- en corneareflexen: .....

<b>Gezichtsscherpte Ver</b>	Zonder correctie	Met correctie	Bril of Lenzen	Dioptrie
Linkeroog			B / L	
Rechteroog			B / L	
Binoculair				
Zicht bij schemerlicht				
<b>Gezichtsveld (*)</b>	Temporaal	Nasaal	Boven	Onder
Linkeroog	°	°	°	°
Rechteroog	°	°	°	°
Binoculair	Links	Rechts	Boven	Onder
	°	°	°	°

(\*) Wanneer een optische correctie gedragen wordt, gebeurt de gezichtsveldmeting met deze optische correctie.

De meting gebeurt met de perimeter van Goldmann isopter V/4 of een hiermee gelijkgestelde meting. Gelieve het protocolblad van de metingen toe te voegen of een nauwkeurige voorstelling aan te leveren.



Object	Relat. Intens.			
	4	3	2	1
0	e	d	c	b
I	d	c	b	a
II	c	b	a	e
III	b	a	e	d
IV	a	e	d	c
V	e	d	c	b

**Gezichtsscherpte**

Het dragen van een optische correctie is verplicht (\*).  Ja  Neen

- Zo ja:  Bril  
 Contactlenzen  
 Bril of contactlenzen

(\*) Een optische correctie wordt niet enkel verplicht om aan de minimumnormen te voldoen maar ook om een motorvoertuig veilig te kunnen besturen. In dit geval dient een rijgeschiktheidsattest model VIII (groep 1) of model X (groep 2) afgeleverd te worden.

De kandidaat is geschikt om veilig een motorvoertuig te besturen bij schemerlicht en donker.

- Ja  Neen

**Diplopie:**  Ja  Centraal  Perifeer  
 Neen

In geval van diplopie, kan deze voldoende verbeterd worden met een optische correctie om veilig een motorvoertuig te besturen.  Ja  Neen

- Zo ja, type:  Afdekking  Mat glas  Prismabril  
Op:  Linkeroog  Rechteroog

**Gezichtsveld**

Is sprake van een aandoening van het gezichtsveld?  Ja  Neen

Zo ja, welke (monoculair, binoculair, concentrisch, gelateraliseerd, scotoma, relatief, absoluut, ...)?  
.....  
.....

Bevindt u de kandidaat met een gezichtsveldaandoening rijgeschikt, maar verwijst u hem overeenkomstig de medische criteria naar het CARA voor een praktische evaluatie?

- Ja  
 Neen, want ik beschouw de kandidaat als niet rijgeschikt

**Andere aandoeningen**

Heeft de kandidaat voldoende contrastzicht, voldoende zicht in schemer en donker?  Ja  Neen

Heeft de kandidaat last van verblinding, strooilicht?  Ja  Neen

Heeft de kandidaat andere oogandoeningen of visuele stoornissen of beperkingen?  Ja  Neen

Zo ja, welke? .....  
.....  
.....

Acht u het wenselijk om bepaalde voorwaarden of beperkingen te stellen?

- Ja  Neen  door het CARA te bepalen

Zo ja, welke? .....  
.....  
.....

**U dient, volgens de wettelijke bepaling, het Rijgeschiktheidsattest model VIII achteraan in te vullen.**

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

.....

.....

.....

Datum:  
Handtekening

RIZIV-nr. (stempel)

**10. Psychotrope stoffen, geneesmiddelen en alcohol**

**Overmatig en onverantwoord gebruik bij het besturen van een motorvoertuig, misbruik en afhankelijkheid:**

Er is/was<sup>(\*)</sup> een overmatig of onverantwoord gebruik van alcohol, geneesmiddelen, psychotrope stoffen voor of tijdens het besturen van een motorvoertuig zodat de rijtaak ongunstig werd of wordt Beïnvloed:  Ja  Neen

Er is/was<sup>(\*)</sup> een afhankelijkheid, misbruik van alcohol, geneesmiddelen, psychotrope stoffen  Ja  Neen

<sup>(\*)</sup> schrappen wat niet past

Periode (eventueel specificeren per middel)

Middel: ..... van: ..... tot: .....

Middel: ..... van: ..... tot: .....

Middel: ..... van: ..... tot: .....

Bewezen onthouding sinds: ..... / ..... / .....

Behandeling: .....

Huidige medicatie:  
.....  
.....

Andere (opname, zelfhulpgroep,...): .....

.....

.....

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

.....

.....

.....

Wordt de kandidaat medisch opgevolgd?  Ja  Neen

Frequentie: .....

Door wie: .....

.....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende arts/specialist:* .....  
.....  
.....  
.....

*Datum:*

*RIZIV-nr. (stempel)*

*Handtekening:*

*NB. De kandidaat kan, als voorwaarde voor het afleveren van het rijgeschiktheidsattest een 'alcoholcontract' of 'drugcontract' opgelegd krijgen.*

**Therapeutisch gebruik van geneesmiddelen die het rijgedrag nadelig kunnen beïnvloeden:**

Huidige medicatie, dosissen en eventueel melding van recente wijzigingen: .....

a) dagelijks ingenomen medicatie met moment van voorgeschreven inname: .....  
.....  
.....  
.....

b) onregelmatig ingenomen medicatie (met vermelding bij welke gelegenheid dit ingenomen wordt): .....  
.....  
.....  
.....

Heeft u de kandidaat gewezen op de invloed en bijwerkingen van de medicatie, inclusief hun combinatie en combinatie met alcohol?  Ja  Neen

Is de kandidaat zich voldoende bewust van het risico dat het gebruik van deze medicatie kan te weegbrengen indien hij/zij zou autorijden?  Ja  Neen

Kent de kandidaat de latentietijd van de medicatie waarbinnen hij niet mag autorijden en respecteert hij/zij deze?  Ja  Neen

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende arts/specialist:* .....

*Datum:*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

### 11. Lever- en nieraandoeningen

**Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):** .....

Huidige medicatie: .....

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

Wat is de te verwachten evolutie, prognose? .....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:     gunstig     ongunstig     gereserveerd

Motivatie: .....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

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

*Datum*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

**12. Implantaten: orgaantransplantaties of artificiële implantaten (bv. neurostimulator, medicatietoedieningssysteem,... )**

- NB:** - **pacemaker en automatische defibrillator:** zie 6: hart en bloedvaten  
- **hart, ooglens, nier, lever, transplantaties:** zie de respectievelijke rubrieken (6, 9 en 11)  
- **gewrichtsprothesen of orthopedisch fixatiemateriaal:** zie rubriek 5: locomotorische aandoeningen”

Beschrijf welke implantatie gebeurde, reden van implantatie, datum, eventueel bij medicatietoedieningssysteem toegediende medicatie, dosis en schema van toediening (continu, intermitterend,...)

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

Heeft de patiënt zelf controle over het functioneren van het ingeplant systeem?  Ja  Neen

.....  
.....

Wat zijn de mogelijke risico's van acute dysfuncties van het ingeplante systeem (overdosis, overstimulatie, ...) en de mogelijke gevolgen voor het functioneren van de patiënt? .....

.....  
.....

Wat zijn de mogelijke risico's van de werking van het ingeplante systeem en de mogelijke gevolgen voor het functioneren van de patiënt? .....

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

Dient het systeem in- of uitgeschakeld te zijn tijdens het rijden?  Aan  Uit

Werden de mogelijke risico's uitgelegd aan de patiënt?  Ja  Neen

Beschikt de patiënt over de gebruiksaanwijzing - voorwaarden?  Ja  Neen

Kent de patiënt de gebruikswaarschuwing van de fabrikant?  Ja  Neen

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat? .....

.....  
.....

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

Zoals wettelijk bepaald dient u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar te maken:  gunstig  ongunstig  gereserveerd

Motivatie: .....

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegde adviesbladen invullen (adviesmodel VII).

*Naam en adres van de behandelende arts/specialist:* .....

.....  
.....

*Datum*  
*Handtekening*

*RIZIV-nr. (stempel)*

**Adviesblad: adviesModel VII**

**VII. RIJGESCHIKTHEIDSADVIES BESTEMD VOOR DE ARTS VAN HET CARA VOOR DE KANDIDAAT VOOR HET RIJBEWIJS VAN GROEP 1**

Ik, ondergetekende, \_\_\_\_\_, arts, verklaar hierbij de hierna vermelde kandidaat onderzocht te hebben.

Betreffende mijn specialiteit, \_\_\_\_\_, meld ik u dat de kandidaat voor het **rijbewijs van groep 1**, in het bijzonder voor de hierna vermelde categorie:(\*)

- A3
- A
- B
- B+E
- G
  
- niet rijgeschikt is (\*\*)
- rijgeschikt is, zonder aanpassingen, voorwaarden noch beperkingen (\*\*)
- rijgeschikt is, onder volgende voorwaarden of beperkingen (\*\*):
  - code 05.01: beperkt tot verkeersdeelname van 1 uur na zonsopgang tot 1 uur voor zonsondergang;
  - code 05.02: beperkt tot verkeersdeelname binnen een straal van \_\_\_\_\_ km rond de woonplaats of alleen in de aangegeven plaats-/landstreek \_\_\_\_\_
  - code 05.04: beperkt tot het rijden met een snelheid van niet meer dan \_\_\_\_\_ km per uur (km/h);
  - code 05.06: beperkt tot het besturen zonder aanhangwagen
  - code 05.07: niet geldig op autosnelwegen
  - ander codes:

Op basis van medische vaststellingen en, overeenkomstig bijlage 6, heeft dit geschiktheidsadvies (\*\*):

- een onbeperkte geldigheidsduur
- een geldigheidsduur beperkt tot

Identificatie van de kandidaat
Naam _____
Voornaam _____
Geboortedatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rijksregisternummer (facultatief)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adres _____
_____

Identificatie van de arts
Naam _____
Adres _____
_____
Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Handtekening
Stempel

(\*) Geldige categorieën aankruisen en niet geldige categorieën horizontaal en volledig doorhalen.

(\*\*) De van toepassing zijnde rubriek aankruisen.



**VIII. RIJGESCHIKTHEIDSATTEST VOOR DE KANDIDAAT VOOR EEN RIJBEWIJS VAN GROEP 1, AFGELEVERD DOOR EEN OOGARTS.**

Ik, ondergetekende, \_\_\_\_\_, oogarts, verklaar hierbij de hiernavermelde kandidaat onderzocht te hebben. Ik bevestig dat, overeenkomstig de bepalingen van bijlage 6 - III van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, de kandidaat voor het rijbewijs geldig voor de categorie: (\*)

A3     A     B     B+E     G

- rijgeschikt is, zonder voorwaarden noch beperkingen (\*\*)
- niet rijgeschikt is (\*\*)
- kan rijgeschikt verklaard worden na onderzoek door de geneesheer van het centrum bedoeld in artikel 45 van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, overeenkomstig de bepalingen van bovenvermelde bijlage 6, III. Ik verleen een gunstig advies mits inachtnaam van de hiernavermelde voorwaarden of beperkingen: (\*\*)
- rijgeschikt is onder volgende voorwaarden of beperkingen: (\*\*)
  - code 01.01: bril
  - code 01.02: contactlenzen
  - code 01.03: beschermend glas
  - code 01.04: ondoorschijnend glas
  - code 01.05: ooglap
  - code 01.06: bril of contactlenzen
  - code 05.01: beperkt tot verkeersdeelname van 1 uur na zonsopgang tot 1 uur voor zonsondergang
  - code 05.02: beperkt tot verkeersdeelname binnen een straal van \_\_\_\_\_ km rond de woonplaats of alleen in de aangegeven plaats/landstreek \_\_\_\_\_
  - code 05.04: beperkt tot het rijden met een snelheid van niet meer dan ..... aantal km per uur (km/u)
  - code 05.06: beperkt tot het besturen zonder aanhangwagen
  - code 05.07: niet geldig op autosnelwegen

Op basis van medische vaststellingen en, overeenkomstig bijlage 6, III, heeft deze rijgeschiktheidsverklaring op oftalmologisch vlak (\*\*):

- een onbeperkte geldigheidsduur
- een geldigheidsduur beperkt tot

Identificatie van de kandidaat
Naam _____
Voornaam _____
Geboortedatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rijksregisternummer (facultatief)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adres _____
_____

Identificatie van de arts
Naam _____
Adres _____
_____
Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Handtekening
Stempel

(\*) Geldige categorieën aankruisen en niet geldige categorieën horizontaal en volledig doorhalen.  
(\*\*) De van toepassing zijnde rubriek aankruisen.