

GELIEVE DEZE DOCUMENTEN IN TE VULLEN EN MEE TE BRENGEN NAAR UW AFSPRAAK

Naam: Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:/...../..... Rijkregisternummer:

Categorieën van het huidige rijbewijs:

☐AM ☐A1 ☐A2 ☐A ☐B ☐B+E ☐C ☐C+E ☐C1 ☐C1+E ☐D ☐D+E ☐D1 ☐D1+E ☐G

Ik bezit een geldige medische schifting: ☐ JA ☐ NEEN

geldigheidsduur tot:

Gelieve in bijlage een kopie van de medische schifting toe te voegen.

Vragenlijst in te vullen door kandidaat (kruis aan wat van toepassing is)	JA	NEEN
1. Heeft u ooit een letsel of aandoening gehad in het centrale en/of perifere zenuwstelsel, de hersenen of de schedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft u ooit een aandoening gehad waarbij een bewustzijnsdaling, een plotseling bewustzijnsverlies of een plotselinge stoornis van uw normaal functioneren kan optreden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bent u ooit in coma geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u ooit een stoornis van waarneming, aandacht, concentratie, oordeelsvermogen, snelheid van reactie of gedrag, oriëntatie in tijd en ruimte gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent u voor een psychiatrische aandoening in behandeling of in behandeling geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Heeft u epilepsie of heeft u vroeger één of meerdere epilepsieaanvallen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vertoont u ongewone slaapneigingen gedurende de dag en/of is het u bekend dat u een ziekte heeft die de slaap verstoort of overmatige slaperigheid uitlokt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Heeft u ooit een aandoening gehad die zich uit in 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"/>
9. Heeft u ooit een hartziekte gehad? (hartinfarct, ritmestoornissen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bent u drager van een pacemaker of een defibrillator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Heeft u evenwichtsstoornissen en/of plotselinge aanvallen van duizeligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Heeft u een aandoening van de ogen of werd/wordt u hiervoor behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Draagt u een bril of contactlenzen om ver te kunnen zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is uw gezichtsveld beperkt of zijn er gebieden in uw blikveld waar u niets of minder dan normaal ziet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Heeft u veel last met kijken bij schemerlicht en/of duisternis, mist, slechte weersomstandigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ondervindt u problemen met het kijken, onderscheiden of verwerken van visuele informatie, inschatten van afstanden, diepte en/of snelheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gebruikt of gebruikte u ooit drugs, verdovende of stimulerende middelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gebruikt of gebruikte u ooit overmatig alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Heeft u een nier- of leveraandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Heeft u ooit een orgaantransplantatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Heeft u ooit een implantatie ondergaan? (bij een operatie ingebracht apparaat in het lichaam)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicatiegebruik:

.....

.....

Indien u één of meerdere malen 'JA' heeft aangekruist: gelieve dan een verklaring van uw arts en/of een medisch verslag per aangevinkte 'JA' bij te voegen.

**Gelieve de medische verklaring en documenten op te sturen naar:
Fit.to.Pilot@Vias.be**

Deze medische verklaring wordt bewaard en gebruikt door Vias institute, Haachtsesteenweg 1405, 1130 Brussel ("Vias institute") in het kader van de organisatie en uitvoering van het Fit-to-Pilot assessment. Vias institute verwerkt deze medische verklaring als verwerkingsverantwoordelijke. De verwerking van deze medische verklaring is gebaseerd op uw toestemming. Deze medische verklaring wordt enkel gedeeld met de geneesheer die de medische screening uitvoert, en wordt bewaard en verwerkt op IT-systemen binnen de Europese Unie. Onder de voorwaarden voorzien in de Algemene Verordening Gegevensbescherming heeft u een recht op inzage, rectificatie, wissing, beperking van de verwerking, bezwaar en overdraagbaarheid van uw persoonsgegevens. U heeft tevens het recht om uw toestemming te allen tijde in te trekken met dien verstande dat het Fit-to-Pilot assessment niet kan worden uitgevoerd indien u uw toestemming intrekt alvorens het assessment heeft plaatsgevonden. Voor de uitoefening van uw rechten kan u contact opnemen met Vias institute via e-mail op dpo@vias.be. Meer informatie over de gegevensverwerkingen door Vias institute is beschikbaar op www.vias.be.

Ik, ondergetekende, verklaar de voorafgaande vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld en stem ermee in dat deze medische verklaring zal worden gebruikt in het kader van het Fit-to-Pilot assessment zoals hierboven beschreven.

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

Handtekening: