

Gezondheidsverklaring

Binnenvaart

[bewaar →](#)[print →](#)

Een Gezondheidsverklaring moet alleen ingevuld worden indien u uw aanvraag voor een Groot Vaarbewijs of Rijnpatent vergezeld laat gaan van een zeevaartkeuring, niet ouder dan 3 maanden.

Alle vragen met nee beantwoord

Stuur de Gezondheidsverklaring, binnen 6 maanden na ondertekening, samen met de aanvraag voor het Vaarbewijs/Rijnpatent naar: CBR, divisie CCV, Postbus 1810, 2280 DV Rijswijk.

Eén of meer vragen met ja beantwoord

- U maakt een afspraak met een arts voor een medische keuring. U kunt zelf een arts uitkiezen. De kosten van het doktersbezoek zijn voor eigen rekening. Als u ook zelf nog aanvullende

informatie heeft die van belang kan zijn bij de beoordeling dan kunt u dit apart bijvoegen.

- Neem dit formulier en uw identiteitsbewijs mee als u naar de arts gaat.
- De arts schrijft een toelichting op de Gezondheidsverklaring waarmee de aard en de ernst van de aandoening worden verduidelijkt.
- Stuur de Gezondheidsverklaring naar: Medisch adviseur Scheepvaart, Postbus 16191, 2500 BD Den Haag
- Nadat u van de Medisch adviseur Scheepvaart een Geneeskundige verklaring heeft ontvangen, stuurt u deze samen met de aanvraag voor het Vaarbewijs/Rijnpatent naar: CBR divisie CCV, Postbus 1810, 2280 DV Rijswijk.

Heeft u vragen?

Op www.cbr.nl vindt u meer informatie. U kunt ook onze klantenservice bellen op 088 227 77 00. De klantenservice is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 08.00 tot 17.30 uur.

Privacy

CBR verwerkt uw persoonsgegevens voor de behandeling van uw aanvraag op grond van onze publiekrechtelijke taak en voor het verbeteren van en rapporteren over de dienstverlening.

Meer informatie vindt u

op www.cbr.nl/privacy.

De functionaris gegevensbescherming is bereikbaar via privacy@cbr.nl.

Uw persoonlijke gegevens

Kandidaatnummer	<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	← Geen kandidaatnummer? Vul dan uw BSN in.
Burgerservicenummer (BSN)	<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	← U vindt dit nummer op uw paspoort of identiteitskaart.
Voorletters en achternaam	→ Bent u getrouwd? Vul dan alleen uw eigen geboortenaam in. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Geboortedatum	<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"/>	← Vul in als dd-mm-jjjj.
Geboorteplaats en geboorteland	<input type="text"/>	
Nationaliteit	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	→ Vul hier het telefoonnummer in waarop u overdag te bereiken bent. <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"/> <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"/> <input type="text"/>	
E-mailadres	<input type="text"/>	

Uw gezondheid

Vul de volgende vragen over uw gezondheid in.

1	Hebt u een verminderd gezichtsvermogen van één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
2	Is uw kleurenzien voor de kleuren rood en groen gestoord?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
3	Hebt u aan één of aan beide oren een verminderd gehoor of gebruikt u een hoortoestel?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
4	Hebt u hartritmestoornissen, een pacemaker of een ICD?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
5	Hebt u (gehad) een inwendige ziekte (voor suikerziekte zie vraag ¹⁰) zoals een hart- of vaataandoening, hoge bloeddruk, nierziekte of longziekte, of hebt u een hart- of vaatoperatie ondergaan? <i>(U mag deze vraag met nee beantwoorden als u een ongecompliceerd hartinfarct hebt gehad langer dan 2 jaar geleden waarbij u nu geen klachten hebt of als uw bloeddruk gedurende de afgelopen 6 maanden al dan niet met medicijnen goed geregeld is geweest).</i>	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
6	Hebt u (gehad) epilepsie, toevallen, flauwvallen, aanvallen van abnormale slaperigheid of andere bewustzijnsstoornissen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
7	Hebt u (gehad) evenwichtsstoornissen of duizelingen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
8	Hebt u (gehad) een depressie(s), psychose, overspannenheid of een andere psychiatrische stoornis?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
9	Hebt u (gehad) een TIA, beroerte, hersenbloeding of een andere aandoening in de hersenen of aan het zenuwstelsel?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
¹⁰	Hebt u suikerziekte?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
11	Hebt u een lichamelijke beperking waardoor het normale gebruik van een arm, hand, been of voet beperkt of afwezig is?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
12	Bent u ooit onderzocht of bent u onder behandeling (geweest) voor het gebruik van alcohol, drugs, kalmerende medicijnen of andere geestverruimende of bedwelmende middelen of is er momenteel sprake van problematisch gebruik?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
13	Gebruikt u medicijnen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden zoals antidepressiva, opwekkende middelen, slaaptabletten, kalmeringsmiddelen, pijnstillers en dergelijke?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
14	Hebt u een andere aandoening of lichamelijke beperking die het veilig varen kan beïnvloeden?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Ondertekening

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld. In artikel 114 van de Wegenverkeerswet 1994 staat dat u strafbaar bent als u opzettelijk onjuiste informatie geeft. De wettekst vindt u op www.wetten.overheid.nl. Ook geef ik het CBR toestemming om mijn persoonlijke gegevens op dit formulier te gebruiken, te bewaren en te verwijderen volgens het privacy statement van het CBR. U vindt het privacy statement op www.cbr.nl.

Datum en handtekening

- -

→ De arts vult de volgende pagina in. Neem dit formulier en uw identiteitsbewijs mee als u naar de arts gaat.

Uw arts vult deze pagina in.

Instructies voor de arts die de medische aantekening plaatst.

Als één of meer vragen met ja zijn beantwoord moet de medisch adviseur Vaarbewijzen beoordelen of de aanvrager voldoet aan de keuringseisen, mede aan de hand van de toelichting van een arts.

Om de beoordeling zonder vertraging te laten verlopen adviseren wij u de verklaring op te stellen aan de hand van de onderstaande instructies: u dient alleen informatie te verstrekken m.b.t. de vraag waar de aanvrager ja op heeft geantwoord.

Instructies voor de arts voor het opstellen van een verklaring over de aan de ommezijde met ja beantwoorde vragen.

- 1 De gecorrigeerde gezichtsscherpte met ieder oog afzonderlijk en beide ogen gelijktijdig.

- 2 De aard van de kleurenstoornis met indien mogelijk de gradatie op basis van de test van HRR, TMC of een gelijkwaardige test.
- 3 De aard van de gehoorstoornis, met indien mogelijk de uitslag van het toonaudiometrisch onderzoek voor de frequenties 500, 1.000, 2.000 en 3.000 Hz voor ieder oor afzonderlijk. Bij gebruik van een of meerdere hoortoestellen moet worden vermeld of conversatiespraak met elk oor afzonderlijk op 2 meter duidelijk (foutloos) wordt verstaan.
- 4 De aard van de ritmestoornis, behandeling, laatste keer symptomen met/zonder medicatie, prognose. Bij de pacemaker en ICD is van belang het tijdstip van de plaatsing, de reden van de plaatsing, de aanwezigheid van een escaperitme (pacemaker) en de laatste elektroshock (ICD).

- 5-10 De aard van de aandoening, behandeling, laatste keer symptomen met/zonder medicatie, prognose.
- 11 De oorzaak van de aandoening, behandeling, beperkingen bij het gebruik van arm, hand, been of voet. Tevens is het van belang een beschrijving te geven van de (on)mogelijkheden bij aan/van boord klimmen, aan/afmeren, bediening van de motor en roer, zwemmen.
- 12 De periode waarin het gebruik van alcohol, drugs of kalmerende middelen heeft gespeeld of sinds wanneer het nu nog speelt, de duur, de eventuele behandeling.
- 13 Het geneesmiddel, de dosering, de gebruiksduur en de mate waarin (bij) werkingen worden ervaren.
- 14 De aard van de aandoening, behandeling, laatste keer symptomen met/zonder medicatie, prognose.

Aantekening bij vraag

--	--

Ondertekening arts

Naam arts

--

Datum en handtekening

<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
---	--

Naar CBR sturen

Heeft u alles ingevuld?

Stuur dit ondertekende formulier incl. bijlage(n) in een gefrankeerde envelop per post naar:
CBR, divisie CCV
Postbus 1810
2280 DV Rijswijk