

Gezondheidsverklaring

Naam: _____ Emailadres: _____
 Adres: _____ Telefoonnummer: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

Met het invullen van deze Gezondheidsverklaring wordt van de aanvrager de geschiktheid voor de Binnenvaart vastgesteld, zoals bedoeld in artikel 26 van het Binnenvaartbesluit. De keuringseisen zijn vastgesteld in bijlage 6.1. van de Binnenvaartregeling.

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

Ik verklaar bovenstaande vragen naar waarheid en naar beste weten te hebben beantwoord.

Datum - -

Handtekening _____

Leest u op de achterzijde wat u na het invullen en ondertekenen van de Gezondheidsverklaring verder moet doen.

Als alle vragen met NEE zijn beantwoord

Dit formulier Gezondheidsverklaring (binnen 6 maanden na ondertekening), samen met de originele aanvraag voor het vaarbewijs opsturen naar:
Stichting Vamex
Postbus 876
2700 AW Zoetermeer

Als één of meer vragen met JA zijn beantwoord

U moet allereerst een arts een toelichting laten schrijven (zie hieronder) waarmee de aard en de ernst van de aandoening worden verduidelijkt. U kunt hiervoor terecht bij een huisarts of een specialist naar keuze.

De kosten van het doktersbezoek zijn voor uw eigen rekening. Als u ook zelf nog aanvullende informatie heeft die van belang kan zijn bij de beoordeling kunt u dit apart bijvoegen.

Als u de toelichting van de arts heeft verkregen, stuurt u deze samen met alléén dit formulier Gezondheidsverklaring naar de Medisch Adviseur Vaarbewijzen van het CBR, die zal beoordelen of u voldoet aan de keuringseisen: CBR
t.a.v. Medisch Adviseur Vaarbewijzen
Postbus 3014
2280 GA Rijswijk

Pas nadat u van de Medisch Adviseur een Geneeskundige Verklaring over de post heeft ontvangen, kan deze samen met de originele aanvraag voor het vaarbewijs door u worden doorgezonden aan:
Stichting Vamex
Postbus 876
2700 AW Zoetermeer

Bent u eerder beoordeeld door de Medisch Adviseur voor een aanvraag vaarbewijs?

- Ja, datum, laatste beoordeling _____
- Nee

Instructie voor de arts die de medische toelichting geeft

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 toelichting op te stellen aan de hand van de onderstaande instructies.

U dient alleen informatie te verstrekken m.b.t. de vragen waar de aanvrager aan de voorzijde van dit formulier JA op heeft geantwoord.

1. De gecorrigeerde gezichtsscherpte met ieder oog afzonderlijk en beide ogen gelijktijdig.
2. De aard van de kleurziestoornis met indien mogelijk de gradatie o.b.v. 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 500,1000, 2000 en 3000Hz voor ieder oor afzonderlijk. Bij gebruik van een of meerdere hoortoestellen moet worden vermeld of conversatiepraak 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 plaatsing, de reden van 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 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.

Toelichting bij vraag:

Datum - -

Naam en handtekening arts

VOORBEELD