

Brussel, postdatum.

Geachte Mevrouw, Heer,

U bent kandidaat - aanvrager of houder - van een rijbewijs van groep 1 (cat. A3, AM, A1, A2, A, B, BF, 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 aanleiding geeft tot problemen bij het besturen van een motorvoertuig (bromfiets, motor, 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 uw arts, de overheid, keurend arts, verzekeringsmaatschappij 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 ook een deel van de “Eigen verklaring” dient in te vullen. Het doel van dit deel bestemd voor de arts is het aanleveren van de vereiste medische informatie, niet het nemen van de eindbeslissing. De arts zal ook de bijgevoegde medische inlichtingenbladen invullen, waarin meer gedetailleerde informatie staat en ze eventueel aanvullen met andere relevante medische rapporten. De volledig ingevulde bundel dient terug gestuurd te worden naar de arts van het CARA.

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

Met de meeste hoogachting,

CARA
Centrum voor Rijgeschiktheid

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.

Ik ben door de rechtbank van het recht tot sturen vervallen verklaard.

Datum van uitspraak²:/...../.....

Vervallen tot²:/...../.....

Examen of onderzoek¹: Medisch / Psychologisch / Theorie / Praktijk
Zonder examen of onderzoek

Procedure tot herstel aangevat: Ja Neen

Indien Ja, gekozen instelling²:

2. *Mijn huidig rijbewijs*

is geldig voor de volgende categorieën¹:

A3 AM A1 A2 A B BE BF G C1 C CE D1 D DE

is afgeleverd te (plaats): op (datum):/...../.....

heeft als rijbewijsnummer:

bevat de volgende administratieve codes:

Gelieve een fotokopie van het rijbewijs toe te voegen.

3. *Gewenste categorieën van rijbewijs¹*

AM A1 A2 A B BE G

De aanvraag van een rijbewijs van categorie 2 dient te gebeuren *via de hiertoe aangestelde artsen* zoals bijvoorbeeld de arts van uw arbeidsgeneeskundige dienst, de arts van MEDEX e.a. *Raadpleeg daarom eerst deze arts op dienst*. U zal indien nodig doorverwezen worden naar het CARA. Bij een aanvraag voor de rijbewijzen van groep 2 dient het CARA te beschikken over een doorverwijsbrief van de aangestelde arts. Wanneer u een rijbewijs van groep 2 wenst, duidt hierna de gewenste categorieën aan:

B C1 C CE D1 D DE

4. *Verkeersdeelname²*

Gedurende de laatste 3 jaar ben ik betrokken geweest in:

Aantal	Ongevallen	Datum
.....	Met enkel stoffelijke schade
.....	Ongevallen met lichte verwondingen
.....	Ongevallen met zware verwondingen of dodelijke afloop
.....	Bijna ongevallen

Eventuele toelichting:

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

Gedurende de laatste 3 jaar heb ik ... processen verbaal voor een verkeersovertreding gekregen.

Datum en reden:

.....
.....

¹ Duid aan of schrap wat niet past (van toepassing op de rest van dit document)

² Vul aan (van toepassing op de rest van dit document)

Ik ondervind specifieke moeilijkheden tijdens het rijden met:

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

Ik heb specifieke vragen met betrekking tot het rijden:

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

5. Gordeldracht:

Ik bezit een *vrijstelling* voor het dragen van de veiligheidsgordel¹: 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 enkel gebruikt worden voor de evaluatie van mijn rijgeschiktheid en niet ter beschikking gesteld worden aan derden, behalve bij wettelijke overmacht of mijn expliciete toestemming.

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

Naam:

Handtekening:

¹ Duid aan of schrap wat niet past (van toepassing op de rest van dit document)

² Vul aan (van toepassing op de rest van dit document)

Geachte doorverwijzende arts:

Indien u wenst of dient gecontacteerd te worden en/of een copy te ontvangen van het resulterende rijgeschiktheidsattest, gelieve dan uw gegevens hieronder, duidelijke leesbaar, kenbaar te maken. Onze voorkeur is deze zoals hieronder aangegeven:

1. Uw email adres:

2. Uw faxnummer:

3. Uw postadres:

 Naam:

 Straat + nr:

 Postcode:

 Plaats:

Aanmelding op het CARA

In de Eigen verklaring gaat de arts van het CARA na welke de medische problematiek is die in rekening dient gebracht te worden bij de gevraagde rijgeschiktheidsbeoordeling. De vragen die gesteld worden staan in direct verband met de wettelijk bepaalde 'medische criteria' zoals vermeld in het KB 23 maart 1998, bijlage 6.

De arts van het CARA, die de rijgeschiktheidsbeslissing neemt, dient rekening te houden met alle vermelde criteria.

De vragenlijst bestaat uit 2 delen:

- Het eerste deel is algemeen en dient bij elke aanvraag *volledig* ingevuld te worden, zowel door de *(kandidaat)bestuurder* als door de *arts naar keuze* (doorverwijzende arts). Bij niet volledig invullen, zal de vragenlijst terug gestuurd worden.

De (kandidaat) bestuurder antwoordt op de gestelde vragen met 'Ja' of 'Nee' in kolom 1 (aangeduid met 'Kandidaat'). De arts naar keuze (doorverwijzende arts) antwoordt op de gestelde vragen met 'Ja' of 'Nee' in kolom 2 (aangeduid met 'Arts').

- Het tweede deel van de vragenlijst zal enkel ingevuld worden door de doorverwijzende arts, die zich ook kan beroepen op (en dus doorverwijzen naar) collega artsen en specialisten.

De doorverwijzende arts vult de hoofdstukken in, of laat ze invullen door collega artsen, waar hij/zij in het eerste deel met 'ja' antwoordde. Het invullen van deel 2 heeft voor de keurende arts van het CARA (enkel) een informatieve waarde. De doorverwijzende arts levert informatie aan die relevant is voor de rijgeschiktheidsbeoordeling. Door het aanleveren van de relevante medische informatie neemt deze geen rijgeschiktheidsbeslissing. De eindbeslissing wordt immers genomen door de arts van het CARA.

DEEL 1

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

Dit deel van de vragenlijst dient altijd en volledig ingevuld te worden.

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

Epilepsie

8. Heeft u epilepsie of heeft u vroeger één of meerdere epilepsieaanvallen gehad of andere aanvallen van bewustzijnsdaling of -verlies?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Pathologische somnolentie

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

Locomotorische aandoeningen

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

Aandoeningen van het hart- of bloedvaten

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

Diabetes mellitus

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

Aandoeningen van het vestibulair systeem

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

Visuele functies	Kandidaat		Arts	
16. Is het u bekend dat u een aandoening van de ogen heeft (bv. glaucoom, cataract, verlies van een oog, dubbelzicht, ...) of werd/ wordt u hiervoor behandeld (lensimplant, laser, ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
17. Ziet u slecht, onscherp of wazig? (u ziet slecht als u een nummerplaat van een auto die 15 à 20 meter van u verwijderd is niet kan lezen).	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
18. Draagt u een bril of contactlenzen, of gebruikt u andere hulpmiddelen om ver te kunnen zien?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
19. Is uw gezichtsveld beperkt of zijn er gebieden in uw blikveld waar u niets of minder dan normaal ziet?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
20. Hebt u ongewoon veel last met kijken bij schemerlicht en/of duisternis, mist, slechte weersomstandigheden?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
21. Hebt u andere problemen met het kijken, bijvoorbeeld herkennen, onderscheiden of verwerken van visuele informatie, inschatten van afstanden, diepte en/of snelheid?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

Alcohol, psychotrope stoffen

22. Gebruikt u of gebruikte u ooit drugs, verdovende of stimulerende middelen?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
23. 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 <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

Nier- en leveraandoeningen

24. Is het u bekend dat u een nier- of leveraandoening heeft?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Implantaten

25. Heeft u een orgaantransplantatie ondergaan?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
26. Heeft u een implantatie ondergaan? (bij operatie ingebracht apparaat in het lichaam).	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

Andere stoornissen

27. 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 <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Geneesmiddelen

28. Neemt u medicatie? Zo ja, welke? (vermelden wat u regelmatig neemt en wat u af en toe neemt, met de dosis)	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

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

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

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

Handtekening aanvrager:

Handtekening van de arts:

Naam en adres arts:

.....

RIZIV-nummer en stempel:

DEEL 2

1. Neurologische aandoeningen

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

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, verklaar AUB:

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

Zo ja, verklaar AUB:

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:

gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende neuroloog:

Datum:

RIZIV-nummer en stempel:

Handtekening:

2. Geestelijke aandoeningen

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

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

Eventueel DSM V – 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?
Bevindt de kandidaat zich onder verplicht nazorgcontract?
Werd door de rechtbank een vermogensbeheerder aangesteld?
Is de kandidaat geïnterneerd?
Werd door de rechtbank de kandidaat in het staat van verlengde Minderjarigheid geplaatst?
Heeft de kandidaat voldoende inzicht in de problematiek en heeft hij/zij de nodige discipline en therapietrouw?

Kunt u uw advies met betrekking tot de rijgeschiktheid kenbaar maken:
gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

Acht u het wenselijk om een (neuro)psychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende psychiater:

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

3. Epilepsie

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

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?
.....
.....

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

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

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende neuroloog:

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

4. Pathologische somnolentie – narcolepsie – kataplexie - slaapapneu

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):

Huidige medicatie:

Is er sprake van een matig of ernstig slaapapneu syndroom? Ja Neen

Wat is de AHI index?:

Is er sprake van een succesvolle behandeling? Ja Neen

Zo ja, sinds wanneer:

Wat is de huidige functionele 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?

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

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

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

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

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

5. Locomotorische aandoeningen

Bij hersenletsels enkel deel 1 "Neurologische aandoeningen" invullen

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

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

Behandeling:

- Heelkunde (+ datum):
.....
.....
- Revalidatiecentrum: Duur:/...../..... 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?

.....

.....

.....

.....

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:

- gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

.....

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

.....

.....

.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

6. Hart en bloedvaten

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):

.....

.....

.....

Huidige medicatie:

.....

.....

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?

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

Andere heelkundige ingrepen en datum:

Indien van toepassing: NYHA klasse (*):

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

Datum:

RIZIV-nummer en stempel:

Handtekening:

7. Diabetes mellitus

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

Type van diabetes: Type I Type II

Diabetes sinds:

- (*)
- | | |
|------------|---|
| Klasse I | Patiënt met hartlijden zonder enige vorm van symptomen: normale fysische 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. |

1. Huidige behandeling

Geen significant risico op hypoglycemie:

- Alleen dieet
- Metformine (glucophage, metformax, metformine) en/of DPP4-inhibitor (galvus, januvia, onglyaz, trajenta) en/of glitazone (actos) en/of acarbose (glucobay)
- Injectie met incretinemometicum (GLP 1-analoog) (byetta, victoza, lyxumia)

Wel risico op hypoglycemie:

- Sulfamide (daonil, euglucon, (uni) gliclazide, uni diamicon, amarylle, glimepiride, glibenese, minidab, glurenorm) of glinide (novonorm, repaglinide).
- Insuline 1 injectie
Insuline 2 injecties

- Insuline 3 injecties
Insuline 4 injecties
Insulinepomp

Verplichte verwijzing
endocrino-diabetoloog
voor **groep 2**

Verplichte verwijzing
endocrino-diabetoloog
voor **groep 1 en 2**

2. Evaluatie hypo/hyperglycemie

- Ernstige hypoglycemie: verhoogd risico op ernstige hypoglycemie
- Ernstige hyperglycemie: verhoogd risico op ernstige hyperglycemie
- Recurrente hypoglycemie (2 of > ernstige hypoglycemie binnen 12 maanden)
- Onvoldoende inzicht in risico op hypoglycemie

Verplichte verwijzing
endocrino-diabetoloog
voor **groep 1 en 2**

3. Huidige diabetes

Diabetes stabiel: Ja Neen

Regelmatig geneeskundig toezicht:

- Ja, door de huisarts: keer per jaar.
- Ja, door de specialist: keer per jaar.
- Neen

Heeft de kandidaat voldoende inzicht in zijn aandoening: Ja Neen

Strikte therapietrouw: Ja Neen

Heeft kandidaat diabeteseducatie gehad? Ja Neen

4. Diabetes en verwikkelingen

Heeft de diabetes invloed op andere systemen: Ja Neen

Indien ja, op de welke:

- Visuele functies → Hoofdstuk 9 invullen
- Cardiovasculair systeem → Hoofdstuk 6 invullen
- Zenuwstelsel → Hoofdstuk 1 invullen
- Nierfunctie → Hoofdstuk 11 invullen
- Locomotorisch stelsel (met invloed op veilig besturen van motorvoertuigen) → Hoofdstuk 5 invullen

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:

- gunstig
- ongunstig
- gereserveerd

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

Acht u het wenselijk om een neurpsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

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

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

8. Gehoor en vestibulair systeem

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

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

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

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?
.....
.....
.....

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

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

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

.....

.....

Datum:

RIZIV-nummer en stempel:

Handtekening:

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. Enkele voorbeelden: verminderde gezichtsscherpte, verminderd gezichtsveld, oogmotoriekstoornissen of ptose, diplopie, gestoord schemerzicht, verlies van het gebruik van één oog, gestoord licht- en contrastgevoeligheid, ...

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
 (indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

Diagnose, eventuele etiologie en behandeling (MET DATUM):

.....

.....

Huidige medicatie:

.....

.....

Oftalmologische antecedenten:

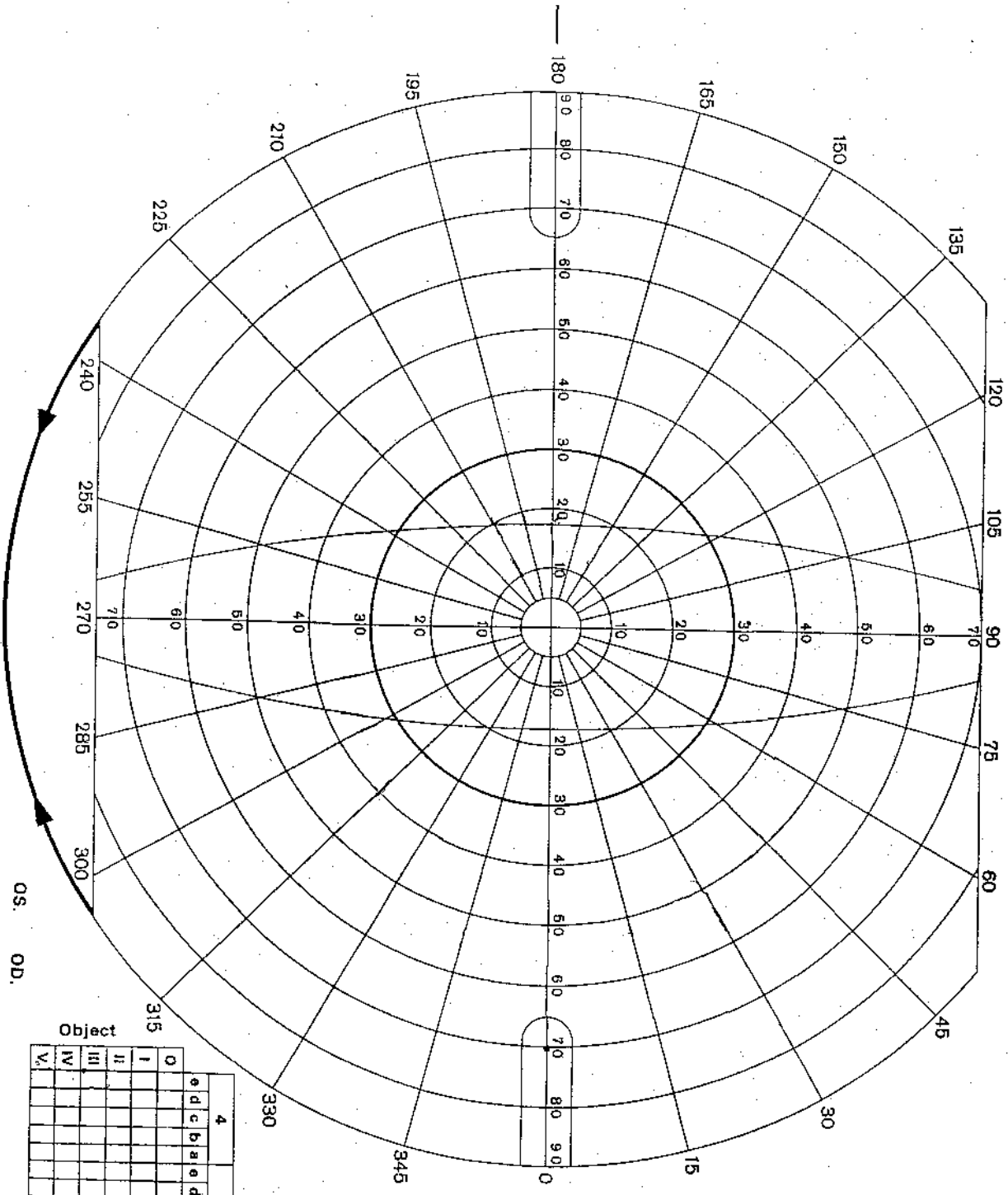
Inspectie – biomicroscopisch onderzoek:

Oogmotiliteit – covertest:

Pupil- en corneareflexen:

Gezichtsscherpte VER	Zonder correctie	Met correctie	Bril of Lenzen	Dioptrie
Linkeroog			B / L	
Rechteroog			B / L	
Binoculair				
Zicht bij schemerlicht				
Gezichtsveld ^(◇)	Temporaal	Nasaal	Boven	Onder
Linkeroog	°	°	°	°
Rechteroog	°	°	°	°
Binoculair	Links	Rechts	Boven	Onder
	°	°	°	°

(◇) Wanneer een optische correctie gedragen wordt, gebeurt de gezichtsveldmeting met deze optische correctie. Gelieve het protocolblad van de metingen toe te voegen of een nauwkeurige voorstelling aan te leveren.



Relat. Intens.

	4	3	2	1
0	e	d	c	b
I	a	e	d	c
II	b	a	e	d
III	c	b	a	e
IV	d	c	b	a
V	e	d	c	b

Object

1. Gezichtsscherpte

Het dragen van een optische correctie verplicht(*)? Ja Neen
Indien ja, welke: Bril Contactlenzen Bril of contactlezen Ander:

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

Indien ja, type: Afdekking Mat glas Prismabril
Op: Linkeroog Rechteroog

2. Gezichtsveld

Is er sprake van een aandoening van het gezichtsveld? Ja Neen
Indien ja, welke (monoculair, binoculair, concentrisch, gelateraliseerd, scotoma, relatief, absoluut, ...)?
.....
.....

Bevindt u de kandidaat met 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.

3. Andere aandoeningen

Heeft de kandidaat voldoende contrastzicht? Ja Neen
Heeft de kandidaat last van verblinding, strooilicht? Ja Neen
Heeft de kandidaat andere oogaandoeningen, visuele stoornissen of beperkingen? Ja Neen
Indien ja, welke?

Acht u het wenselijk om bepaalde voorwaarden of beperkingen te stellen?
 Ja Neen Door het CARA te bepalen
Indien ja, welke?

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:

(*) 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.

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 2 (p. 28), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

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

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

10. Psychotrope stoffen, geneesmiddelen en alcohol

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

1. Overmatig en onverantwoord gebruik bij het besturen van een motorvoertuig, misbruik en afhankelijkheid

Er is/was^(*) 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^(*) een afhankelijkheid, misbruik van alcohol, geneesmiddelen, psychotrope stoffen?
 Ja Neen

Periode, 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

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:

- gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

.....

.....

.....

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(Indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

Motivatie:

.....

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

.....

.....

.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

2. 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 in combinatie met alcohol? Ja Neen

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

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

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:

- gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

.....

.....

.....

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

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

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

11. Lever- en nieraandoeningen

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

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

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

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?
.....
.....
.....

Kunt u uw advies met betrekking tot de rijgeschiktheid kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

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

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen).

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

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27), dit geldt louter als advies niet als beslissing).

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

Datum:

RIZIV-nummer en stempel:

Handtekening:

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

Is de functionele toestand veranderd tov de vorige aanvraag? Ja Neen NVT
(indien Neen, dan dient u niet verder in te vullen).

NB:

- **Pacemaker & automatische defibrillator:** zie 6: hart en bloedvaten.
- **Hart-, ooglens-, nier-, levertransplantaties:** zie de respectievelijke rubrieken 6, 9 en 11.
- **Gewrichtsprothesen of orthopedisch fixatiemateriaal:** zie 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 ingeplante 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 en 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 de problematiek en heeft hij/zij de nodige discipline en therapietrouw? Ja Neen

Kunt u uw **advies met betrekking tot de rijgeschiktheid** kenbaar maken:
 gunstig ongunstig gereserveerd

Motivatie:

.....

.....

.....

Acht u het wenselijk om een neuropsychologisch onderzoek uit te voeren? Ja Neen
(indien er een recent neuropsychologisch verslag beschikbaar is, gelieve het dan toe te voegen.

Motivatie:

.....

.....

.....

U kunt als advies één van de achteraan toegevoegd adviesbladen invullen (Advies 1 (p. 27, dit geldt louter als advies niet als beslissing).

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

.....

.....

.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

ADVIES 1: ADVIESFORMULIER ARTSEN

U kan hier uw advies in verband met de rijgeschiktheid van uw patiënt kenbaar maken. Dit formulier is louter een advies, geen beoordeling of definitieve beslissing.

Categorieën van het rijbewijs voor **groep 1**:

	Rijgeschikt	Niet rijgeschikt	Gereserveerd
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acht u het wenselijk om voorwaarden of beperkingen te stellen (enkel gekende omgeving, geen snelweg, enkel bij daglicht, alcoholslot, ...)?

Ja Neen

Indien ja, welke voorwaarden of beperkingen?

.....

.....

.....

Opmerkingen:

.....

.....

.....

(Eventuele) geldigheidsduur:

- Een onbeperkte geldigheidsduur
- Een beperkte geldigheidsduur:/...../.....

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:

.....

.....

.....

Datum:
Handtekening:

RIZIV-nummer en stempel:

ADVIES 2: ADVIESFORMULIER OOGARTSEN

U kan op dit document uw advies in verband met de rijgeschikt van uw patiënt kenbaar maken. Dit formulier is louter een advies, geen beoordeling of definitieve beslissing.

Categorieën van het rijbewijs voor **groep 1**:

	Rijgeschikt	Niet rijgeschikt	Gereserveerd	CARA*
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B + E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acht u het nodig dat de kandidaat een optisch correctie draagt voor het besturen van een voertuig?

Ja Neen

Indien ja, welke correctie?

- Enkel bril
- Enkel contactlenzen
- Bril of contactlenzen
- Ooglap links
- Ooglap rechts
- Specifiek gezichtshulpmiddel, specificeer:
- Specifiek gezichtshulpmiddel links, specificeer:
- Specifiek gezichtshulpmiddel rechts, specificeer:

Acht u het wenselijk om voorwaarden of beperkingen te stellen (enkel rijden bij daglicht, enkel gekende omgeving, geen snelweg)?

Ja Neen

Indien ja, welke voorwaarden of beperkingen?

.....

.....

Opmerkingen:

.....

(Eventuele) geldigheidsduur:

- Een onbeperkte geldigheidsduur
- Een beperkte geldigheidsduur:/...../.....

Naam en adres van de behandelende oogarts:

.....

.....

Datum:

RIZIV-nummer en stempel:

Handtekening:

* Door CARA te bepalen (indien de kandidaat enkel rijgeschikt kan verklaard worden conform artikel 45 van het KB van 23 maart 1998, gelieve dan een officieel model **VIII** in te vullen en mee te sturen).

VOORKEURSFOMULIER AFSPRAAKPLAATS

Het CARA voert op verschillende plaatsen rijpraktische onderzoeken uit in het kader van de rijgeschiktheidsbeoordeling. Mogen wij u vragen om dit formulier in te vullen, zodanig dat wij **rekening kunnen houden met** uw voorkeur van afspraakplaats?

OPGELET: Uw medische problematiek bepaalt de plaats en de daaraan gekoppelde onderzoeken en voertuigen. Bijvoorbeeld, wanneer een medisch of een neuropsychologisch onderzoek door ons nodig geacht wordt, zal u worden uitgenodigd te Brussel.

Brussel

Vlaams Brabant

Regio Leuven

Regio Diest

Regio Vlezenbeek

Antwerpen

Regio Geel

Regio Kontich

Regio Bornem

Oost-Vlaanderen

Regio Gent

Regio Brakel

Regio Aalst

West-Vlaanderen

Regio Brugge

Regio Kortrijk

Limburg

Regio Hasselt

Regio Overpelt

Waals Brabant

Regio Wavre

Luxemburg

Regio Marche en Famenne

Regio Arlon

Luik

Regio Eupen

Regio Huy

Regio Liège

Regio Namur

Namen

Regio Yvoir

Regio Namur

Henegouwen

Regio Charleroi

Regio Brain-le-comte

Regio Mons

Regio La Louvière