VERKLARING VAN DE PATIËNT DAT HIJ INGELICHT IS I.V.M. HET INLEVEREN VAN ZIJN RIJBEWIJS

*“Hierbij verklaar ik, ………………………. (naam patiënt), dat dokter …………………… (naam arts) mij op………………… (datum) geïnformeerd heeft over de risico’s van het autorijden met mijn aandoening/beperking, zijnde ………………………………………… (naam aandoening/beperking) en dat ik hem/haar hierover alle vragen kunnen stellen heb om dit risico juist te kunnen inschatten.*

*Ik verklaar dat ik het nodige gevolg zal geven aan deze informatie en, indien dit noodzakelijk is, vrijwillig mijn rijbewijs bij de gemeente zal inleveren of een onderzoek zal ondergaan om de voorwaarden te bepalen waaronder rijden in mijn geval wel veilig is. Ik zal tevens mijn autoverzekeraar hiervan op de hoogte stellen.*

Te ………………………….. op ……………………………….

…………………… *(naam patiënt)*

Handtekening patiënt