

Familienname:		Geburtsname:	
Vorname:		Telefon:	
Geburtsdatum:		Email:	
Geburtsort:		Nationalität:	
Straße:		Ort:	

Antrag auf

<input type="checkbox"/>	Ersterteilung einer Fahrerlaubnis der	⇒	Klasse:
<input type="checkbox"/>	Erweiterung einer Fahrerlaubnis um	⇒	Klasse:
	Ich besitze eine Fahrerlaubnis der		Klasse:

ausgestellt am: _____ Führerschein-Nr.: _____
Ausstellungsbehörde: _____

Ich lege vor:

1 Lichtbild entsprechend der Passverordnung (35 x 45 mm) und eine eigenhändige Unterschrift auf dem Aufkleber

für die Klassen A1, A2, A, B, BE, AM, L, T

- Sehtestbescheinigung oder augenärztliches Gutachten
- Nachweis über Schulung in „Erster Hilfe“

für die Klassen C1, C1E, C, CE,

- augenärztliches Gutachten
- Nachweis über Schulung in „Erster Hilfe“
- Bescheinigung über die ärztliche Eignungsuntersuchung

für die Klassen D1, D1E, D, DE

- augenärztliches Gutachten
- Nachweis über Schulung in „Erster Hilfe“
- Bescheinigung über die ärztliche Eignungsuntersuchung
- Fahreignungsgutachten
- Führungszeugnis (zu beantragen beim Einwohnermeldeamt)

Es sind keine / folgende Straf- oder Bußgeldverfahren gegen mich anhängig:

Nach Ablauf eines Jahres sehe ich diesen Antrag als erledigt an. Ich verzichte dann auf die Erteilung der Fahrerlaubnis, einen ablehnenden Bescheid und die Einlegung eines Rechtsmittels.

Ort, Datum

Unterschrift

Fahrschule: _____

Unterschriftenaufkleber

und Foto

Name, Vorname, Geburtsdatum

I. Körperliche Behinderung

Leiden Sie unter einer Lähmung, Verletzung oder Versteifung von Arm, Bein, Rumpf oder Wirbelsäule? Fehlen Ihnen Gliedmaßen?
Falls ja, worin besteht die Behinderung?

ja nein

II. Innere Organe

1. Leiden Sie unter einer Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus), die
a) Einspritzungen
b) Einnahme von Tabletten
erforderlich macht?

ja nein
 ja nein

2. Leiden Sie unter Bluthochdruck, einer Herz-, Nieren-, Lungen-, oder Gefäßkrankung? Falls ja, welcher?

ja nein

III. Gehirn- und Nervensystem

1. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?

ja nein

2. Leiden Sie an einer
a) ansteckenden Hirnerkrankung?
b) gefäßbedingten Hirnerkrankung?
c) Krebserkrankung des Gehirns?

ja nein
 ja nein
 ja nein

3. Sind Sie früher in einem psychiatrischen oder neurologischen Krankenhaus oder einer Suchtklinik behandelt worden?

ja nein

4. Leiden oder litten Sie unter
a) Epilepsie (epileptischen Krampfanfällen)?
b) Ohnmachtsanfällen?
c) Bewusstseinsstörungen?
Haben Sie

ja nein
 ja nein
 ja nein

a) Gleichgewichtsstörungen?
b) häufige Schwindelzustände?

ja nein
 ja nein

5. Haben Sie bei sich selbst oder Ihr Arzt bei Ihnen ein Nachlassen der geistigen Kräfte bemerkt?

ja nein

6. Sind oder waren Sie
a) alkoholabhängig?
b) abhängig von anderen Suchtstoffen, z. B. Medikamenten oder Drogen?
c) in Bezug auf eine Abhängigkeit oder Sucht bereits in Behandlung bzw. haben Sie sich bereits beraten lassen?

ja nein
 ja nein
 ja nein

IV. Hörvermögen

Sind Sie gehörlos oder schwerhörig?

ja nein

V. Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein, die nach Medikamenteninformation oder nach Angaben Ihres Arztes die Fahrtüchtigkeit beeinflussen?

ja nein

Ich versichere, dass meine Angaben zu vorstehenden Fragen der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass eine aufgrund falscher Angaben erteilte Fahrerlaubnis entzogen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift