



Gem. §2 Abs. 6 StVG hat der Fahrerlaubnisinhaber nachzuweisen, dass er die notwendigen körperlichen und geistigen Änderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen erfüllt. Deshalb werden Sie gebeten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden von der Fahrerlaubnisbehörde vertraulich behandelt und nur zum Zwecke der Fahrerlaubniserteilung verwendet. Es steht Ihnen frei, den ausgefüllten Bogen in einem geschlossenen Umschlag dem Antrag beizufügen.

Angaben über den Gesundheitszustand

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Ja	Nein
<p>Rumpf und Gliedmaßen</p> <p>1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen (z.B. Rechte Hand, linker Arm usw.)</p> <p>2. Sind bei Ihnen Arme, Beine, Rumpf, Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift? Ggf. worin besteht die Bewegungsbehinderung?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Innere Organe</p> <p>1. Leiden Sie unter einer Zuckerkrankheit, die ständig a.) Einspritzungen b.) Einnahme von Tabletten erforderlich macht?</p> <p>2. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens (z.B. Herz-, Nieren-, Blutgefäßerkrankungen, auch Bluthochdruck, ständig in ärztlicher Behandlung? Ggf. wegen welcher? _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Gehirn und Nervensystem</p> <p>1. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?</p> <p>2. Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankung in einer Krankenanstalt, einem Krankenhaus, oder einem Sanatorium behandelt worden? Ggf. wann? _____</p> <p>3. Leiden oder litten Sie unter a.) epileptischen Anfällen? b.) Ohnmachtsanfällen? c.) Bewusstseinsstörungen?</p> <p>4. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufig Schwindelanfälle?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Hörvermögen</p> <p>Sind Sie gehörlos oder schwerhörig? Tragen Sie ein Hörgerät?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Sonstiges</p> <p>Sind oder waren Sie wegen einer Suchterkrankung (Arzneimittel-, Alkoholmissbrauch, Rauschgiftmittelgenuß) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie sich deshalb einer Entziehungskur unterzogen? Wenn ja, ggf. Art und Sucht und Zeitraum der Behandlung: _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

Name	Vorname	Geburtsdatum
, den		
Ort	Datum, Unterschrift	