

Anlage
Zum Antrag

Name:

geb.am:

auf Erteilung der Fahrerlaubnis Klasse(n) A / A2 / A1/ AM / B / BE / T / L

freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

Hinweis:

Nach § 22 Abs. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Anlage wahrheitsgemäß auszufüllen. Bei späterem Bekanntwerden von Eignungsmängeln, die bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung bestanden haben, müssen Sie mit einschneidenden Maßnahmen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen.

Bei mir liegt eine

- | | Ja* | nein* |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit / Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bewegungsbehinderung (z. B. von Gliedmaßen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Herz- und / oder Gefäßkrankheit (z. B. hoher Blutdruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krankheit des Nervensystems (z. B. Störungen der Hirntätigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. psychische (geistige) Störung (z. B. Psychose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nierenerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vor. | | |
| 8. Ich bin bzw. war wegen einer Suchtkrankheit | | |
| • Konsum von Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Konsum von Betäubungsmitteln,
Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder
Arzneimittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

in ambulanter ** / stationärer ** Behandlung.

Unterschrift

* Zutreffendes bitte ankreuzen

** Unzutreffendes bitte streichen