

Gem. § 2 Straßenverkehrsgesetz darf eine Fahrerlaubnis nur erteilt werden, wenn die Bewerberin/der Bewerber zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet ist. Bestimmte Erkrankungen/Mängel können die Fahreignung einschränken oder sogar ausschließen. Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn in geeigneter Weise Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet (§ 2 Abs. 1 Fahrerlaubnis-Verordnung). Diese Eigenverantwortlichkeit betrifft Kraftfahrzeugführer in besonderer Weise.

Deshalb werden Sie gebeten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden von der Fahrerlaubnisbehörde vertraulich behandelt und nur zum Zwecke der Fahrerlaubniserteilung verwendet. Die Beantwortung ist freiwillig. Es steht Ihnen außerdem frei, den ausgefüllten Bogen in einem verschlossenen Umschlag dem Antrag beizufügen.

Angaben über den Gesundheitszustand

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Ja	Nein
I. Rumpf und Gliedmaßen		
1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen (z.B. rechte Hand, linker Arm usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind bei Ihnen Arme, Beine, Rumpf, Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift? Ggf. worin besteht die Bewegungsbehinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Innere Organe		
1. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit, die ständig a) Einspritzungen b) Einnahme von Tabletten erforderlich macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens (z.B. Herz-, Nieren-, Blutgefäß- erkrankungen, auch Bluthochdruck, ständig in ärztlicher Behandlung? Ggf. wegen welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Gehirn und Nervensystem		
1. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankung in einer Krankenanstalt, einem Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt worden? Ggf. wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden oder litten Sie unter a) epileptischen Anfällen? b) Ohnmachtsanfällen? c) Bewußtseinsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Hörvermögen		
Sind sie gehörlos oder schwerhörig? Tragen Sie ein Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Sonstiges		
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

....., den
(Ort)
(Datum, Unterschrift)

Hier bitte den Unterschriftenaufkleber aufkleben !!