

**Antrag auf Erteilung / Erweiterung / Verlängerung einer Fahrerlaubnis**

Personalien geprüft:	Name / Surname	
	Geburtsname / Birth Name	
Eingang beim Landkreis:	Vorname(n) / First name(s)	
	Geburtsdatum / Date of birth	Geburtsort / Place of birth
Adresse / Address	Staatsangehörigkeit / Nationality (citizenship)	
	Telefon-Nr. (tagsüber) / Phone number	
	Prüfungsort / Test location	
	zuständige Prüfstelle (z.B. TÜV Nord, Dekra etc.) / Examining body	

- Ich beantrage die**
- Ersterteilung**
  - Erweiterung**
  - Verlängerung der Gültigkeit**
  - Erteilung nach Fristablauf**

**der Fahrerlaubnis der angekreuzten Klasse(n)** (Categories)  
und füge die umseitig genannten Unterlagen bei:

A1		A2		A		STUFE	
B		BE		B mit 17		BE mit 17	
C1		C1E		C		CE	
D1		D1E		D		DE	
AM		L		T		SZ 95	

Fahrerschule / Driving school:			
<b>B96</b>		<b>Automatik</b>	
		<b>Audioprüfung</b>	

- Die theoretische Prüfung soll in folgender Fremdsprache absolviert werden
- |                                      |                                     |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| englisch <input type="checkbox"/>    | rumänisch <input type="checkbox"/>  | kroatisch <input type="checkbox"/>     |
| französisch <input type="checkbox"/> | spanisch <input type="checkbox"/>   | portugiesisch <input type="checkbox"/> |
| italienisch <input type="checkbox"/> | russisch <input type="checkbox"/>   | türkisch <input type="checkbox"/>      |
| polnisch <input type="checkbox"/>    | griechisch <input type="checkbox"/> | hocharabisch <input type="checkbox"/>  |

**Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand**

Die Fahrerlaubnisbehörde hat zu ermitteln, ob Bedenken gegen die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.  
Sollten mir später Eignungsmängel bekannt werden, dann müssen Sie mit einer Überprüfung von Amtswegen rechnen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen kann.

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. zu hoher Blutdruck)                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 4. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)   | <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 Arzneimitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

in ambulanter  stationärer  Behandlung (Bitte fügen Sie ggf. eine Bescheinigung bei).

- zutreffendes bitte ankreuzen

**Wichtig: Die Rückseite des Antrags habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen!**

