

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Angaben über den Gesundheitszustand

Ich bin Brillen-/Kontaktlinsenträger ja    nein

### Rumpf und Gliedmaßen

1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen? Ggf. welche ja    nein

2. Sind bei Ihnen Arme, Beine, Rumpf, Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift?  
Ggf. worin besteht die Bewegungsbehinderung ja    nein

### Innere Organe

1. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit, die ständig Einspritzungen, Einnahmen von  
Tabletten erforderlich macht? ja    nein

2. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens (z. Bsp. Herz-, Nieren-,  
Blutgefäßerkrankungen – auch Bluthochdruck -) ständig in ärztlicher Behandlung?  
Ggf. welcher ja    nein

### Gehirn und Nervensystem

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

2. Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankungen in einer Krankenanstalt, einem  
Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt worden?  
Gg. wann ja    nein

3. Leiden oder litten Sie unter

epileptischen Anfällen	ja	nein
Ohnmachtsanfällen	ja	nein
Bewusstseinsstörungen	ja	nein

4. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen? ja    nein

### Hörvermögen

Sind Sie gehörlos oder schwerhörig? ja    nein

Tragen Sie ein Hörgerät? ja    nein

### Sonstiges

Sind oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkoholmissbrauch, Rauschgiftgenuss) in ärztlicher  
Behandlung oder haben Sie sich dieserhalb einer  
Entziehungskur unterzogen? Ggf. Wann und Wo ? ja    nein

.....

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

---

**Datum; Unterschrift**

### Hinweis:

**Die Angaben zum Gesundheitszustand sind freiwillig. Die Fahrerlaubnisbehörde ist jedoch berechtigt, ggf. die  
Beibringung ärztl. Zeugnisse oder Gutachten über die Kraftfahreignung anzuordnen.**