

Antrag auf Ersterteilung / Erweiterung der Fahrerlaubnis

Ersterteilung

Erweiterung (Vorbesitz der Klasse _____)

Geburtstag:	
Geburtsname:	
Familienname:	
Vorname:	

Geburtsort:	
Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	

Ich beantrage hiermit die Fahrerlaubnis der nachfolgend angekreuzten Klassen:

Gruppe 1				Gruppe 2			
AM	A1	A2	A	C1	C	D1	D
B	BE	T	L	C1E	CE	D1E	DE

Anlagen:

- 1 biometrisches Passbild (35 x 45 mm)
- Kopie des Personalausweises
- Karteikartenabschrift der letzten Ausstellungsbehörde (bei Erweiterung, wenn nicht Kreis Steinfurt)
- Gebührennachweis

zusätzliche bei Fahrerlaubnisklassen der Gruppe 1:

- Sehtestbescheinigung
- Nachweis über Kurs „Sofortmaßnahmen am Unfallort“

zusätzlich bei Fahrerlaubnisklassen der Gruppe 2

- augenärztliches Gutachten
- Bescheinigung über hausärztliche Untersuchung
- Nachweis über Kurs „Erste Hilfe“

zusätzlich bei Anträgen auf die Klassen D1, D1E, D und DE::

- Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners oder einer amtlich zugelassenen Begutachtungsstelle für Fahreignung gem. Anlage 5 Ziff.2 zur FeV
- Führungszeugnis – nicht älter als 3 Monate

hier bitte den Aufkleber mit dem Lichtbild und der Unterschrift aufbringen

Hiermit erkläre ich, dass ich keine in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erteilte Fahrerlaubnis besitze.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers



Angaben über den Gesundheitszustand:

Nach §22 Abs.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Fragen wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben sind jedoch freiwillig.

1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen? Nein Ja, welche? _____
2. Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule gelähmt oder versteift? Nein Ja, _____
Worin besteht die Behinderung? _____
3. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit? Nein Ja Tabletteneinnahme erforderlich
 Injektionen erforderlich
4. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung? (z.B. Herz, Nieren, Leber, etc.) Nein Ja, wegen _____
5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen? Nein Ja, wann? _____
6. Sind Sie wegen einer nervlichen oder geistigen Erkrankung behandelt worden? Nein Ja, wann / wo? _____
7. Leiden / litten Sie an epileptischen Anfällen? Nein Ja
8. Leiden / litten Sie an Ohnmachtsanfällen? Nein Ja
9. Leiden / litten Sie an Bewusstseinsstörungen? Nein Ja
10. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände? Nein Ja
11. Sind Sie schwerhörig oder gehörlos? Nein Ja
12. Tragen Sie ein Hörgerät? Nein Ja
13. Sind Sie oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkohol-, Rauschgift-, Genuss) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie eine Entziehungskur gemacht? Nein Ja, welche Suchtkrankheit, wann / wo in Behandlung? _____

Sonstiges:

- Ich möchte die Gesundheitsfragen nicht beantworten. Mir ist bekannt, dass das spätere Bekanntwerden von Eignungsmängeln fahrerlaubnisrechtliche Maßnahmen und erhebliche Kosten nach sich ziehen kann.
Ich bin mir meiner Eigenverantwortlichkeit nach § 2 Abs.1 FeV bewusst.

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

_____ Datum

_____ Unterschrift

_____ Behörde

_____ Datum

Antrag auf Ersterteilung / Erweiterung der Fahrerlaubnis

Urschriftlich mit allen Anlagen
übersandt an den

**Kreis Steinfurt
Straßenverkehrsamt
36/2 Führerscheine
Tecklenburger Str. 10**

48565 Steinfurt

Eingangsstempel Kreis Steinfurt

Die Personen-Daten wurden überprüft.
Aus Sicht der Ortsbehörde bestehen keine Bedenken gegen die Erteilung einer Fahrerlaubnis.

im Auftrag

Erklärung der Fahrschule:

Der Antragsteller wird in meiner Fahrschule ausgebildet.
Meinerseits bestehen keine Bedenken gegen die Erteilung einer Fahrerlaubnis

Prüfort:

_____ Stempel / Unterschrift der Fahrschule