

## Angaben über den Gesundheitszustand

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Angaben über meinen Gesundheitszustand werden von mir freiwillig abgegeben. Sie entsprechen der Wahrheit. Mir ist bekannt, daß eine aufgrund falscher Angaben erteilte Fahrerlaubnis entzogen werden kann.

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

Für den Fall, daß ich keine Auskunft über den Gesundheitszustand gebe und der Fahrerlaubnisbehörde im Zuge der Antragsbearbeitung, der Fahrausbildung oder der Prüfung Tatsachen bekannt werden, die die Fahreignung ausschließen könnten, muß ich mit entsprechenden verwaltungsbehördlichen Maßnahmen rechnen. Diese können zu erheblichen Verzögerungen, zum Ausschluß von der Prüfung oder ggfs. auch zur Versagung der Fahrerlaubnis führen (§ 2 Abs. 6 StVG).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)