

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

Ich beantrage die **Ersterteilung**

Erweiterung

Prüfungsort / Test location

zuständige Prüfstelle (z.B. TÜV Nord, Dekra etc.) / Examining body

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

A1	<input type="checkbox"/>	A2	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	STUFE	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	BE	<input type="checkbox"/>	B mit 17	<input type="checkbox"/>	BE mit 17	<input type="checkbox"/>
C1	<input type="checkbox"/>	C1E	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>
D1	<input type="checkbox"/>	D1E	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
AM	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>	T	<input type="checkbox"/>		

Fahrschule / Driving school:



On Track
Maximilian Höfler
Feldring 2-4
21376 Salzhäusen/Oelstorf
Tel.: 01522 - 70 90 400

B96	<input type="checkbox"/>	Automatik	<input type="checkbox"/>	Audioprüfung	<input type="checkbox"/>
B196	<input type="checkbox"/>	SZ 197	<input type="checkbox"/>		

Die theoretische Prüfung soll in folgender Fremdsprache absolviert werden

englisch
französisch
italienisch
polnisch

rumänisch
spanisch
russisch
griechisch

kroatisch
portugiesisch
türkisch
hocharabisch

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

zen

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

Ort, Datum, Unterschrift / Signature of applicant