

Antrag auf Neuerteilung der Fahrerlaubnis

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter <https://www.schaumburg.de/datenschutzerklaerung>

Zutreffendes bitte ankreuzen

An Landkreis Schaumburg - Führerscheinstelle - Jahnstraße 20 31655 Stadthagen	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Doktorgrad
	Familiename		
	Geburtsname		
	Vornamen		
	Geburtsort		
	Geburtsdatum		Telefon (tagsüber)
Ich beantrage eine Fahrerlaubnis der Klassen <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B E <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 1 E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C E <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> Aufl. 95			
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>			
Straße und Hausnummer			
PLZ		Wohnort	

Die frühere Fahrerlaubnis wurde mir entzogen vom

Gericht/Landkreis/Stadt	Datum des Entzuges	Aktenzeichen	Sperre bis

Zum Zeitpunkt der Entziehung wohnte ich in

Wohnort, Straße, Haus-Nr.	
Kreis/Stadt	

Ich füge folgende Unterlagen bei

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personalausweis o. Pass mit Meldebescheinigung (ist bei Antragstellung vorzulegen) ◆ aktuelles biometrisches Lichtbild (nicht älter als 2 Jahre) ◆ Sehtestbescheinigung (nicht älter als zwei Jahre) ◆ Führungszeugnis der Belegart „0“ (zu beantragen bei der Wohnsitzgemeinde) ◆ Bescheinigung über „Erste Hilfe“ ◆ Gesundheitsfragebogen (freiwillig) siehe Rückseite ◆ Verwaltungsgebührevorschuss 145,00 € <p>Zusätzlich (bei Beantragung der Kl. C,CE,C1,C1E,D,DE):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gutachten eines Augenarztes (nicht älter als zwei Jahre) ◆ Ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr) ◆ zus. bei D,DE – Leistungs- u. Reaktionstest 	Eingang: _____ Verwaltungsgebühr: _____ Listennummer: _____ Auflagen/Beschränkungen: _____
--	---

Datum	Unterschrift

Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

Hinweis:

Nach § 22 Abs. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diesen Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Bei späterem Bekanntwerden von Eignungsmängeln müssen Sie mit einschneidenden Maßnahmen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Bei mir liegt eine

- | | nein | ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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. hoher Blutdruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zuckerkrankheit | <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 Arzneimittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	nein	ja	falls ja, in der Zeit ...
in ambulanter Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von _____ bis _____
in stationärer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	von _____ bis _____

Datum	Unterschrift
-------	--------------