

Mit der Bearbeitung wird erst begonnen, wenn der Gebührenvorschuß entrichtet ist!

## Antrag auf Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

<b>An</b> <b>Landkreis Schaumburg</b> <b>- Führerscheinstelle -</b> <b>Jahnstraße 20</b> <b>31655 Stadthagen</b>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Doktorgrad	
	Familiename			
	Geburtsname			
	Vornamen			
Ich beantrage eine Fahrgast-Fahrerlaubnis als				
<input type="checkbox"/> Ersterteilung <input type="checkbox"/> Verlängerung/Erneute Erteilung				
<input type="checkbox"/> <b>Ersatz-Fahrgastführerschein</b> wegen <input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Verlust <input type="checkbox"/> Abnutzung				
<input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Mietwagen <input type="checkbox"/> Krankenwagen <input type="checkbox"/> Pkw nach PbefG				
Geburtsort		Geburtsdatum		Telefon (tagsüber)
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>				
Straße und Hausnummer				
PLZ		Wohnort		

Ich bin/war im Besitz der Fahrerlaubnis/des Führerscheines der

Klasse(n)	erteilt am	Listennummer	Vordrucknummer	ausstellende Behörde

Ich bin/war im Besitz der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für

<input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Mietwagen <input type="checkbox"/> Krankenkraftwagen <input type="checkbox"/> Pkw nach PbefG			
erteilt am	gültig bis	Listennummer	ausstellende Behörde

**Ich erkläre ausdrücklich, dass mir die Fahrerlaubnis nicht entzogen worden ist und dass derzeit kein Fahrverbot gegen mich besteht.**

Ich füge folgende Unterlagen bei

- ◆ Gültiger deutscher Personalausweis oder aktuelle Meldebescheinigung
  - ◆ Führerschein sowie ggf. vorhandener Fahrgastführerschein
  - ◆ Gutachten eines Augenarztes (nicht älter als 2 Jahre)
  - ◆ Ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als 1 Jahr)
  - ◆ Ärztliche Bescheinigung über Leistungs- und Reaktionstests (nicht älter als 1 Jahr)
  - ◆ Verwaltungsgebührenvorschuß \_\_\_\_\_ €
- Zusätzlich bei Ersterteilung:**
- ◆ Nachweis über eine 2jährige Fahrpraxis
  - ◆ Führungszeugnis der Belegart „O“ (zu beantragen bei der Wohnsitzgemeinde)
  - ◆ Für Krankenwagen: Bescheinigung über „Erste Hilfe“

**Ich werde benachrichtigt, wenn der Führerschein zum Abholen bereitliegt.**

Datum	Unterschrift

### Für amtliche Vermerke

Eingang: \_\_\_\_\_

Vorl. Fahrausweis ausstellen  Ja                       Nein

Verwaltungsgebühr: \_\_\_\_\_ €

Listennummer: \_\_\_\_\_

Auflagen/Beschränkungen: \_\_\_\_\_

KBA-Anfrage i.O.                       Ja                       Nein

**bitte wenden**

# 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,<br>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
-------	--------------