

## Antrag auf begleitetes Fahren

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

### Angaben über den Gesundheitszustand:

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Besitzen Sie Ihr volles Sehvermögen?   | ja | nein |
| 2. Besitzen Sie Ihr volles Hörvermögen?   | ja | nein |
| 3. Sind Ihre Rumpf- und Gliedmaßen voll funktionsfähig?   | ja | nein |
| 4. Leiden Sie an einer Erkrankung des Nervensystems?<br>(z.B. Epilepsie, Schwindelanfälle, Hirnverletzungen)  | ja | nein |
| 5. Leiden Sie unter Kreislaufstörungen, Zuckerkrankheit oder<br>anderen Krankheiten der inneren Organe?       | ja | nein |
| 6. Meine Erwerbsfähigkeit ist um _____% gemindert<br>Art der Behinderung bzw. Erkrankung näher angeben: _____ |    |      |
| 7. Wurden von Ihnen Drogen konsumiert?  | ja | nein |
| Wenn ja, wurde in der Vergangenheit eine therapeutische<br>Maßnahme bezgl. Ihres Suchtverhaltens absolviert?  | ja | nein |

### Angaben zum Antrag:

- |  |    |      |
|--|----|------|
| Mir wurde bereits eine Fahrerlaubnis in einem Mitgliedsstaat der EU oder des EW-Raumes erteilt           | ja | nein |
| Ich habe bereits eine Fahrerlaubnis in einem Mitgliedsstaat der EU oder des EW-Raumes erteilt            | ja | nein |
| Ich habe meinen Wohnsitz seit mehr als 184 Tagen im Inland   | ja | nein |
| Ich möchte die Prüfung auf einem Fahrzeug mit automatischem Schaltgetriebe ablegen                       | ja | nein |
| Zurzeit ist ein Straf- oder Ermittlungsverfahren in einer Führerscheingelegenheit gegen<br>mich anhängig | ja | nein |

Mir wurde bereits am \_\_\_\_\_ die Fahrerlaubnis der Klasse \_\_\_\_ L.Nr. \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
erteilt/versagt/entzogen.

### Vorgelegte Unterlagen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Identitätsnachweis/Geburtsurkunde/Familienstammbuch | <input type="checkbox"/> Nachweis über die Unterweisung in<br>Sofortmaßnahmen am Unfallort |
| <input type="checkbox"/> Biometrisches Lichtbild ohne Kopfbedeckung          | <input type="checkbox"/> Nachweis über Ausbildung in erster Hilfe<br>(C;CE;C1;C1E)         |
| <input type="checkbox"/> Evtl. Nachweis der Fahrschule                       | <input type="checkbox"/> Ärztl. Bescheinigung (C;CE;C1;D;D1;DE;D1E)                        |
| <input type="checkbox"/> Sehtest (ärztliches Gutachten-C;CE;C1E;D;D1;DE;D1E) |  |
| <input type="checkbox"/> Bisheriger Führerschein                             |  |

Ich bin damit einverstanden, dass dieser Antrag durch die Führerscheinstelle abgeschlossen wird, wenn ich nicht innerhalb von Monaten seit Erteilung des Prüfauftrages mit der Fahrerlaubnisprüfung begonnen, die theoretische Prüfung nicht innerhalb von 12 Monaten erfolgreich bestanden, oder fehlende Unterlagen nicht innerhalb von 6 Monaten vorgelegt habe. Die gesetzliche Gebühr betrachte ich als verfallen, auch wenn ich später erneut einen Antrag stelle.

Folgende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen:

„Die Angaben in diesem Antrag werden nach der Maßgabe des Straßenverkehrsgesetzes ausschließlich zum Zwecke der Antragsbearbeitung verarbeitet und in erforderlichem Umfang an die Prüfstelle und das Kraftfahrt-Bundesamt (KBA) weitergeleitet. Die für die Bearbeitung Ihrer personenbezogenen Daten maßgeblichen Rechtsvorschriften können Sie auf Wunsch in der Führerscheinstelle einsehen. Ohne Ihre Angaben kann der Antrag nicht bearbeitet werden.“

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers