

Personendaten	Familienname:	Geburtsname	Eingangsstempel:
	Vorname:	Geburtsdatum/Ort	
	Erreichbarkeiten (Tel., E-Mail)		
	Wohnanschrift (Straße, PLZ, Ort, ggf. Land)		

- Ich beantrage für die Klassen B BE AM A1 A2 A L T C1 C1E C CE D1 D1E D DE
- Neuerteilung der Fahrerlaubnis nach Entzug /freiwilligen Verzicht
- Zuerkennung zur Gebrauchmachung der ausländischen Fahrerlaubnis in Deutschland

Angaben zum vorangegangenen Entzug/freiwilliger Verzicht

Entziehungsgrund:	Datum:
Zuständige Behörde:	Az.:

Von den Antragsunterlagen, die weiter unten aufgeführt sind, füge ich meinem Antrag folgende Unterlagen bei:		
<input type="checkbox"/> Personalausweis/Pass mit Meldebescheinigung und evtl. Aufenthaltstitel <input type="checkbox"/> Aktuelles Lichtbild gem. Passverordnung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfragebogen <input type="checkbox"/> Sehtestbescheinigung (nicht älter als zwei Jahre) <input type="checkbox"/> Bescheinigung Teilnahme in Erster Hilfe <input type="checkbox"/> Führungszeugnis Belegart „O“ (nicht älter als 3 Monate) (zu beantragen bei der örtlichen Gemeinde/Stadtverwaltung)	zusätzlich Für die Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, D1E, DE <input type="checkbox"/> Augenärztliches Zeugnis (Anlage 6 FeV, nicht älter als 2 Jahre) <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung (Anlage 5 FeV, nicht älter als 1 Jahr) Für die Klassen D, D1, D1E, DE <input type="checkbox"/> Leistungstest (nicht älter als 1 Jahr)	Für Eintrag Schlüsselzahl 95 (BKrFQG) <input type="checkbox"/> Nachweise zur Weiterbildung Bei Zuerkennung ausländischer Fahrerlaubnis <input type="checkbox"/> Ausweisdokument (Kopie) <input type="checkbox"/> Führerscheindokument (Kopie) <input type="checkbox"/> Gesundheitsfragebogen

Die Antragsgebühr i. H. v. 140,70 € (inkl. Direktversand des Führerscheins) habe ich eingezahlt!

WICHTIG: Verwendungszweck: „Name“ + „KZ. 34.44575.1“

Sparkasse Emsland, IBAN Nr. DE39 2665 0001 0000 0013 39, BIC: NOLADE21EMS

Erklärungen zum Versand des Führerscheins

- Ja**, ich möchte den Führerschein bei Vorliegen der Erteilungsvoraussetzungen von der Bundesdruckerei direkt nach Hause gesandt bekommen (sog Direktversand). Anm: Bei Doppelklassen erfolgt die Zusendung erst nach Bestehen aller beantragten Klassen.
- Nein**, ich möchte den Führerschein bei der Führerscheinstelle in Meppen abholen.

Mir ist bekannt, dass bei falschen Angaben die Fahrerlaubnis wieder entzogen werden kann. Ich weiß, dass mein Antrag als erledigt betrachtet werden kann, wenn es innerhalb eines Jahres seit Antragstellung nicht zur Neuerteilung der Fahrerlaubnis bzw. Zuerkennung gekommen ist. Die von mir für die Antrags erledigung gezahlten Gebühren gelten dann als verfallen. Über Anschriftenänderungen während des Verfahrens werde ich Sie unter Angabe der neuen Adresse unverzüglich informieren.

Ich versichere die Richtigkeit vorstehender Angaben und Erklärungen.

Datum, Unterschrift



WICHTIG für die Herstellung des Führerscheins!
(Unterschrift bitte unten mittig im Feld)



ANGABEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND

I. Sehvermögen

Haben Sie eine Augenverletzung erlitten oder sich einer Augenoperation unterziehen müssen? Ja Nein

II. Rumpf und Gliedmaßen

1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen? Ja Nein
Ggf. welche? (z. B. rechte Hand, linker Arm usw.)

2. Sind bei Ihnen Arme, Beine, Rumpf, Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift? Ja Nein
Ggf. worin besteht die Bewegungsbehinderung?

III. Innerer Organe

1. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit, die ständig
a) Einspritzungen Ja Nein
b) Einnahmen von Tabletten Ja Nein
erforderlich macht?

2. Stehen/Standen Sie wegen eines anderen organischen Leidens (z. B. Herz-, Nieren-, Blut, Gefäßerkrankungen – auch Bluthochdruck –) ständig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Ggf. wegen welcher Erkrankung _____

IV. Gehirn und Nervensystem

1. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen? Ja Nein

2. Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankung in einer Krankenanstalt, einem Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt worden? Ja Nein
Ggf. wann?

3. Leiden oder litten Sie unter
a) epileptischen Anfällen? Ja Nein
b) Ohnmachtsanfällen? Ja Nein
c) Bewusstseinsstörungen? Ja Nein
d) Psychischen Störungen (bsp. Depressionen) Ja Nein

4. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände? Ja Nein

V. Hörvermögen

1. Sind Sie gehörlos oder schwerhörig? Ja Nein
2. Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

VI. Tagesschläfrigkeit

Leiden Sie an Schlafstörungen mit Tagesschläfrigkeit? Ja Nein

VII. Sonstiges

1. Sind oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkoholmissbrauch, Rauschgiftgenuss) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie sich deshalb einer Entziehungskur unterzogen? Ja Nein
Wenn ja – ggf. wann? _____

2. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen, die nach Auskunft des behandelnden Arztes oder entsprechend dem Packungsaufdruck die Fahrtüchtigkeit beeinflussen? Ja Nein

3. Ich stehe unter Betreuung, Wenn ja durch wen _____ Ja Nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift)