

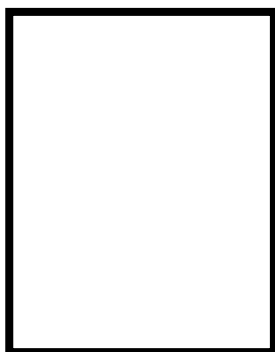
Mit der Bearbeitung wird erst begonnen, wenn der **Gebührevorschuss entrichtet ist!**

## Antrag Fahrerlaubnis

Ich beantrage eine Fahrerlaubnis der unten angegebenen Klassen als

<input type="checkbox"/> Neuerteilung nach Entzug oder Verzicht			Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Doktorgrad
<input type="checkbox"/> Anerkennung von einer ausländischen Fahrerlaubnis im Inland Gebrauch zu machen			Familienname		
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A1	Vornamen (sämtliche, Rufnamen nicht unterstreichen)		
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> BF 17	<input type="checkbox"/> B 96 <input type="checkbox"/> B 196	Geburtsname, falls abweichend vom Familiennamen	
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE			ggf. Künstlername	
<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> CE 79	ggf. Ordensname/n		
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE	ggf. sonstige frühere Namen			
<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> DE 79	Geburtsdatum		Geburtsort
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> T	Straße und Hausnummer		
Eingangsstempel der Behörde			Postleitzahl, Wohnort		
Gebührevorschuss _____ €			Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		
			Wohnsitz in Deutschland seit (Datum) <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/>		
			Ablauf der Sperrfrist am		
			tagsüber telefonisch erreichbar unter Tel.-Nr.		
			E-Mail		

Antragsunterlagen				
<b>Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach Entziehung:</b>				
Klassen A, A1, B, BE, M, S, T, L: Nr. 1, 2, 3, 7, 9, ggf. 10  Klassen C, CE, C1, C1E: Nr. 1, 2, 4, 5, 8, 9  Klassen D, DE, D1, D1E: Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9	1. <input type="checkbox"/>	Personalausweis/Pass + Meldebescheinigung (ist bei Antragstellung vorzulegen)	7. <input type="checkbox"/>	Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe.
	2. <input type="checkbox"/>	Neues Lichtbild (45 x 35 mm, biometrisch)	8. <input type="checkbox"/>	Führungszeugnis der Belegart „O“ (zu Beantragen bei der Wohnsitzgemeinde)
	3. <input type="checkbox"/>	Sehtestbescheinigung oder Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung (nicht älter als zwei Jahre) Sehhilfe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	9. <input type="checkbox"/>	Gesundheitsfragebogen (freiwillig)
	4. <input type="checkbox"/>	Ärztliche Bescheinigung oder augenärztliches Zeugnis über die Untersuchung des Sehvermögens (nicht älter als 2 Jahre).	10. <input type="checkbox"/>	Teilnahmebescheinigung Aufbauseminar
	5. <input type="checkbox"/>	Ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr)	11. <input type="checkbox"/>	Einverständniserklärung zur medizinisch-psychologischen Untersuchung oder fachärztlichen Untersuchung (siehe Anlage)
	6. <input type="checkbox"/>	Gutachten einer Ärztin/ eines Arztes mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ bzw. Gutachten einer Begutachtungsstelle für Fahreignung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr)	12. <input type="checkbox"/>	Grundqualifikation oder Weiterbildung nach dem BKrFQG für die Schlüsselzahl 95



Unterschrift für den Kartenführerschein  
 (schwarz schreibenden Faserstift mit 0,5 mm Strichstärke verwenden)

Die Ausbildung erfolgt bei nachstehend genannter Fahrschule:

1. Erklärungen des Antragstellers

- Ich besitze die Fahrerlaubnis/den Führerschein  
 Ich besaß die Fahrerlaubnis/den Führerschein

(Hier sind alle erteilten Fahrerlaubnisse – auch die im Ausland erteilten Fahrerlaubnisse anzugeben)

Klasse/n	ausgestellt am	durch	Listennummer	Vordrucknummer
Klasse/n	ausgestellt am	durch	Listennummer	Vordrucknummer
Klasse/n	ausgestellt am	durch	Listennummer	Vordrucknummer

2.  Ich habe eine Fahrerlaubnis  
 Ich habe keine Fahrerlaubnis

bei einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder bei einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) beantragt.

falls ja, Klasse/n	bei welcher Behörde	In welchem Staat
--------------------	---------------------	------------------

3. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben sowie

bei einem Antrag auf **Erweiterung/Umschreibung**, dass ich im Besitz der zugrundeliegenden Fahrerlaubnis bin und kein behördliches oder gerichtliches Entziehungsverfahren anhängig ist,

bei einem Antrag auf **Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis**, dass diese gültig ist und mir nicht das Recht aberkannt worden ist, von ihr in Deutschland Gebrauch zu machen.

Ich verzichte für den Fall der Erteilung einer entsprechenden deutschen Fahrerlaubnis unwiderruflich auf die oben bezeichnete, mir erteilte bzw. von mir beantragte EU-/EWR-Fahrerlaubnis.

Der Antrag wird als erledigt angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Erteilung des Prüfauftrages die theoretische Prüfung oder, wenn keine theoretische Prüfung erforderlich ist, anderenfalls innerhalb eines Jahres nach Bestehen der theoretischen Prüfung, die praktische Prüfung bestanden wird. Die in dem Kostenvorschuss enthaltene Antragsgebühr verfällt in diesem Fall. Im Übrigen gilt die Gebühr in Höhe des Kostenvorschusses als endgültig festgesetzt, wenn dem Antrag stattgegeben oder Antrag durch Rücknahme oder Verjährung erledigt ist.

Ich werde benachrichtigt, wenn der Führerschein zum Abholen bereitliegt (nicht bei Aushändigung durch die Prüferin/den Prüfer).

4. Die Datenschutzerklärung für Informationspflichten des Art. 13 DSGVO (Antragsformular VwVfG / SGB I, X) habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Name

Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

auf Klasse(n)

### Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

Hinweis:

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

Bei mir liegt eine

ja\*)

nein\*)

1. Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit / Gleichgewichtsstörung

2. Bewegungsbehinderung (z. B. von Gliedmaßen)

3. Herz- und / oder Gefäßkrankheit (z. B. hoher Blutdruck)

4. Zuckerkrankheit

5. Krankheit des Nervensystems (z. B. Störungen der Hirntätigkeit)

6. psychische (geistige) Störung (z. B. Psychose)

7. Nierenerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz)

vor.

8. Ich bin bzw. war wegen einer Suchtkrankheit

a. Konsum von Alkohol

b. Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimittel

in ambulanter Behandlung. \*)

in stationärer Behandlung. \*)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen