



Kreis Wesel  
FD 36 Straßenverkehr / Fahrerlaubnis  
Reeser Landstraße 31  
46483 Wesel

## Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis

### Antragstellerin / Antragsteller

Vornamen		Familiennamen	
Geburtsdatum	Geburtsland	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

### Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

#### Hinweis:

Nach [§ 22 Absatz 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 Bekannt werden von Eignungsmängeln müssen Sie mit einschneidenden Maßnahmen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen.

Leiden Sie an Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Gehörlosigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Gleichgewichtsstörung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Bewegungsbehinderung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Fehlen von Gliedmaßen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Herzerkrankung und / oder Gefäßerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Diabetes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Erkrankung des Nervensystems? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Epilepsie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an psychische Störung (zum Beispiel Psychosen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Nierenerkrankung (zum Beispiel Niereninsuffizienz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind beziehungsweise waren Sie wegen Konsum von Alkohol in Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die Behandlung erfolgt / erfolgte

- ambulant
- stationär

Sind beziehungsweise waren Sie wegen Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimitteln in Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--

Die Behandlung erfolgt / erfolgte

- ambulant
- stationär

**Ergänzungen**

Ergänzungen
-------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------