

Antrag auf **Neuerteilung einer Fahrerlaubnis** **zusätzliche Erweiterung auf die Klasse(n) __**
 Zuerkennung einer ausländischen Fahrerlaubnis
 und Umschreibung in eine deutsche Fahrerlaubnis

AM A1 A2 A B BE C1 C1E C CE CE (79) D1 D1E D DE L T

Geburtsdatum		Eingang
Geburtsname		Gebühr
bei Abweichung: Familienname		FAER erfolgt schriftl. <input type="checkbox"/>
Vorname		ZFER
Geburtsort		ZEVIS/RESPER
Staatsangehörigkeit		FZ
Straße, Hausnummer		Vorl. FE
PLZ, Wohnort		VHK
Telefonnummer (freiwillige Angabe)		

Angaben zur **deutschen** und/oder **ausländischen** Fahrerlaubnis:

Datum der Ausstellung des letzten Führerscheins _____ und ausstellende Behörde(Land) _____

Datum der Entziehung der Fahrerlaubnis _____ durch Behörde _____
 Gericht _____

Zum Zeitpunkt der Entziehung habe ich gewohnt in _____ (ggf.) Kreis _____

- Ich bestätige hiermit das keine weiteren fahrerlaubnisrelevanten Verfahren gegen mich laufen oder anhängig sind.
 Es sind fahrerlaubnisrechtliche Verfahren gegen mich anhängig: _____.

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand: Bitte Gesundheitsfragebogen ausfüllen

Mit dem Antrag sind grundsätzlich nachfolgende Unterlagen/Nachweise einzureichen:

- aktuelles biometrisches Lichtbild ohne Kopfbedeckung (35 x 45 mm) gem. Passverordnung vom 19.10.2007
 Kopie des Ausweisdokumentes (Vorder- und Rückseite)
 Nachweis über die Ausbildung in erster Hilfe gem. § 19 Abs. 1 FeV

Zusätzlich bei den Klassen A, A2, A1, B, BE, L, T und AM:

- Sehtestbescheinigung gem. § 12 Abs. 2 FeV i.V.m. Anlage 6 zur FeV und zum Datum der Antragstellung nicht älter als zwei Jahre

Zusätzlich bei den Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E

- Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 Nr. 1 zur FeV zum Datum der Antragstellung nicht älter als ein Jahr
 Bescheinigung über die Untersuchung des Sehvermögens nach Anlage 6 zur FeV durch einen Arbeits- oder Betriebsmediziner, Arzt einer Begutachtungsstelle für Fahreignung und/oder Augenarzt zum Datum der Antragstellung nicht älter als zwei Jahre
 Bei Beantragung der Fahrerlaubnisklassen D, D1, DE, D1E sowie einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung zusätzlich ein Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners oder einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung nach Anlage 5 Nr. 2 FeV zum Datum der Antragstellung nicht älter als ein Jahr

Alle Unterlagen/Nachweise sind im **Original** einzureichen

Hinweis:

Durch Ihre Antragstellung entstehen in jedem Fall gebührenpflichtige Aufwendungen, welche von Ihnen nach Abschluss des Verfahrens zu tragen sind.

Ich erkläre folgendes:

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben, die Entziehung bzw. Versagung der Fahrerlaubnis und/oder eine Bestrafung nach sich ziehen können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Eignungsbedenken ein Führungszeugnis auf meine Kosten (13 €) durch die zuständige Fahrerlaubnisbehörde beantragt wird.

Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat der Kreis Wesel alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Dabei wird sich strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften gehalten. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht.
Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Kreis Wesel übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Hiermit versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein.

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/in

Bestätigung der zuständigen Meldebehörde:

Die Identität des Antragstellenden wurde geprüft und wird hiermit bestätigt.

Datum, Ort

(Behörde, Stempel, Unterschrift)

Hinweis

Es ist ratsam sich **frühzeitig** über die Voraussetzungen für die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis zu informieren.

Um Sie in diesem Prozess zu unterstützen und Ihnen eine erste Orientierung zu bieten, scannen Sie bitte den nachfolgenden QR-Code.

So gelangen Sie zur Homepage der Bundesanstalt für Straßenwesen und erhalten detaillierte Informationen.



Zudem haben Sie die Möglichkeit, sich bei Begutachtungsstellen für Fahreignung nach seriösen Verkehrspsychologen zu erkundigen.

Gesundheitsfragebogen

Nach § 26, Absatz 2, Satz 1 u. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz NRW (VwVfG NRW) **sollen** Beteiligte bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitwirken. Sie **sollen** insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Bei Bedenken hinsichtlich der gesundheitlichen Kraftfahreignung kann die Vorlage eines ärztlichen Gutachtens gefordert werden (§ 11 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)).

Name, Vorname, Geburtsdatum

Erkrankung/Einschränkung

Weitere Angaben zur Erkrankung/Einschränkung, Dauer und Art der Behandlung:

Bewegungsbehinderungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Gliedmaßen fehlen/versteift	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Störung des Seh- oder Hörvermögens	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Herzerkrankung/Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Arterielle Hypertonie/Hypotonie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Krankheiten des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Störung der Hirntätigkeit/Hirnschäden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Zustand n. Hirnverletzung oder -operation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Psychische Störung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Depressionen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Demenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Tagesschläfrigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Schlafapnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Erfolgte Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Intellektuelle Leistungseinschränkungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Dauerbehandlung mit Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____

Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen/Einschränkungen _____

Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat der Kreis Wesel alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Dabei wird sich strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften gehalten. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Kreis Wesel übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Hiermit versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein.

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift Antragstellende Person

