

Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

Eine Fahrerlaubnis darf nur erteilt werden, wenn der Bewerber zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet ist. Dies ist u. a. dann der Fall, wenn keine eignungsbeschränkenden oder –ausschließenden Krankheiten oder Mängel vorliegen. Sie werden deshalb gebeten, diesen Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass ein nachträgliches Bekanntwerden von Eignungsmängeln für Sie mit zeitlichen und finanziellen Einbußen verbunden sein kann.

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

	Ja	Nein
I. Rumpf und Gliedmaßen 1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind bei Ihnen Arme, Beine, Rumpf, Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift? Worin besteht ggf. die Bewegungsbehinderung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Innere Organe 1. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit, die a) mit Diät b) mit Antidiabetika mit niedrigem Hypoglykämierisiko (.....) c) mit Medikamenten mit hohem Hypoglykämierisiko (z.B. Insulin) therapiert wird? 2. Sind Sie wegen eines anderen organischen Leidens (z.B. Herz, Nieren, Blutgefäßerkrankungen, auch Bluthochdruck, ständig in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
III. Gehirn und Nervensystem 1. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen? 2. Sind Sie wegen einer nervlichen oder geistigen Erkrankung stationär behandelt worden? Wenn ja, wann? 3. Leiden oder litten Sie unter a) epileptischen Anfällen? b) Ohnmachtsanfällen? c) Bewusstseinsstörungen? 4. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IV. Hörvermögen a) Sind Sie gehörlos oder schwerhörig? b) Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
V. Sonstiges Sind oder waren Sie wegen einer Suchterkrankung (Alkohol, Betäubungsmittel, Arzneimittel) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie sich deshalb einer Entgiftung oder einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen? Wenn ja, Art der Erkrankung und Dauer der Behandlung (von - bis): 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift: