



### Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis der Klasse(n)

<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B 96 <input type="checkbox"/> B196 <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Eintrag Schlüsselzahl „95“	
Geburtsdatum	<u>Fahrschule:</u>
Geburtsname	
Familienname	
Vorname	<u>auswärtiger TÜV (wenn nicht TÜV Essen):</u>
Staatsangehörigkeit	
Geburtsort	<u>Verwaltungsgebühren:</u>
Straße	Hiermit erkläre ich, dass gegen mich <b>kein – ein</b> Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig ist. Falls ja, Grund: _____
PLZ, Wohnort	

Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt unter Beachtung des Datenschutzgesetzes NW und aufgrund des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) und der Fahrerlaubnisverordnung (FeV). Werden die nachstehenden Fragen über den Gesundheitszustand nicht beantwortet, müssen weitergehende Ermittlungen angestellt werden, die Ihnen zusätzliche Kosten und Zeitaufwand verursachen können. Die Entscheidung über den Antrag erfolgt nach Ablauf der Sperrfrist bzw. nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens.

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Antrag als erledigt betrachtet wird, wenn ich nicht innerhalb eines Jahres die Fahrerlaubnisprüfung ablege.**

Ich lege vor: <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepass/Reiseausweis/ Aufenthaltstitel/Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> 1 Lichtbild gemäß den Bestimmungen der Passverordnung 19.10.2007 (biometrisch) <input type="checkbox"/> Sehtest vom _____ <input type="checkbox"/> augenärztliches Zeugnis vom _____ <input type="checkbox"/> augenärztliches Gutachten <input type="checkbox"/> Erste Hilfe <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung gemäß Anlage 5 Fahrerlaubnis-Verordnung (nur erforderlich für Klassen C und D) <input type="checkbox"/> Ausländischer Führerschein / Übersetzung <input type="checkbox"/> Quittung Führungszeugnis <input type="checkbox"/> _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Ich</th> <th></th> </tr> <tr> <td>- stehe oder stand unter Betreuung</td> <td><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>- war in einer Heil- oder Pflegeanstalt</td> <td><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>- war in einer Entziehungskur</td> <td><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>- trage eine Brille/Kontaktlinsen</td> <td><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>- bin zuckerkrank</td> <td><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>- leide an anderen Erkrankungen oder Behinderungen, nehme Medikamente Falls ja, welche: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Ich		- stehe oder stand unter Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	- war in einer Heil- oder Pflegeanstalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	- war in einer Entziehungskur	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	- trage eine Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	- bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	- leide an anderen Erkrankungen oder Behinderungen, nehme Medikamente Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich															
- stehe oder stand unter Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
- war in einer Heil- oder Pflegeanstalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
- war in einer Entziehungskur	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
- trage eine Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
- bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														
- leide an anderen Erkrankungen oder Behinderungen, nehme Medikamente Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein														

### Ich besitze bereits eine Fahrerlaubnis der Klasse(n):

Klasse(n)	seit	Führerscheinnummer	Behörde

### Hiermit erkläre ich, dass ich im Besitz/nicht im Besitz einer ausländischen Fahrerlaubnis bin. Falls ja:

Klasse(n)	seit	Führerscheinnummer	Behörde/ Staat

**Mit der Erteilung der deutschen Fahrerlaubnis verzichte ich auf die genannte ausländische Fahrerlaubnis.**

Herne, den \_\_\_\_\_

Eigenhändige Unterschrift \_\_\_\_\_