

Bitte in Druckschrift schreiben. Danke!

<b>Neuerteilung der Fahrerlaubnis der Klasse</b>	FS-Nummer: _____
Geburtsdatum: _____	Fahrschule, ggfs. auswärtiger TÜV
Geburtsname: _____	
Familienname: _____	
Vorname: _____	<b>Verwaltungsgebühren:</b> Antragsgebühr: _____
Geburtsort: _____	VZR-Anfrage: _____
Straße: _____	
PLZ, Wohnort: _____	
<p>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.  <b>Ich bin damit einverstanden, dass mein Antrag als erledigt betrachtet wird, wenn ich nicht innerhalb eines Jahres die Fahrerlaubnisprüfung ablege.</b></p>	
Ich lege vor:  <input type="checkbox"/> Personalausweis / Reisepass <input type="checkbox"/> 1 Lichtbild gemäß den Bestimmungen der Passverordnung vom 19.10.2007 <input type="checkbox"/> Sehtestbescheinigung / augenärztliches Gutachten vom _____ <input type="checkbox"/> Nachweis über die Schulung in Erster Hilfe <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung gemäß Anlage 5 Fahrerlaubnis-Verordnung (nur erforderlich für die Klassen C und D) <input type="checkbox"/> Quittung Führungszeugnis <input type="checkbox"/> _____	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 <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, welche: - nehme Medikamente: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, welche:
Hiermit erkläre ich, dass gegen mich kein – ein Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig ist. Falls ja, Grund: _____	<input type="checkbox"/> Meine Fahrerlaubnis wurde mir entzogen durch rechtskräftiges Urteil des Amtsgerichts _____ AZ _____ vom _____, Sperrfrist endet am _____ <input type="checkbox"/> Bescheid der Stadt/des Kreises _____, vom _____, rechtskräftig seit _____
Hiermit erkläre ich, dass ich im Besitz/nicht im Besitz einer ausländischen Fahrerlaubnis bin. Falls ja: Klasse: _____, Nummer: _____  Staat: _____, vom: _____	
Mit der Erteilung der deutschen Fahrerlaubnis verzichte ich auf die genannte ausländische Fahrerlaubnis.	Ich habe auf die Fahrerlaubnis verzichtet am: _____
Herne, den _____	Eigenhändige Unterschrift: _____