

Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis

Familienname:	
Vorname(n):	
Geburtsname: (falls abweichend zum Familienname)	
Geburtsort:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonummer	
email	
Staatsangehörigkeit:	Wohnsitz in Deutschland seit: <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> dem _____

- ☐ Ersterteilung ☐ Erweiterung ☐ Neuerteilung nach Entzug
☐ Verlängerung / Erteilung nach Fristablauf (Ablaufdatum: _____)
☐ erstmalige Eintragung „95“ / Verlängerung „95“ (Ablaufdatum: _____)
☐ Umschreibung einer ausl. Fahrerlaubnis ☐ Umschreibung Dienstfahrerlaubnis ☐ mit Fahrerkarte

Für die Fahrerlaubnisklassen:

- ☐ A ☐ A2 ☐ A1 ☐ AM ☐ B ☐ B96 ☐ B196 ☐ BE ☐ L ☐ T ☐ Automatik (78)
☐ C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐ 197

Bitte freilassen für Unterschriftenaufkleber

Abschnitt für Behördenvermerke

Lag bei Antragstellung vor: ☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ elektronischer Aufenthaltstitel
☐ Sonstiges Ausweisdokument: _____

Hat die Bescheinigung über die Erste Hilfe im Original vorgelegen: ☐ ja / ☐ nein

Folgende Unterlagen werden nachgereicht:

- ☐ biometrisches Passbild ☐ Erste Hilfe ☐ Begleitunterlagen für bf17 ☐ Sehtest / ☐ Augenarzt ☐ Leistungstest
☐ ärztliche Bescheinigung ☐ Gutachten v. Arbeits- und Betriebsmediziner ☐ Hausarztfragebogen / ☐ Fragebogen Diabetologe
☐ Fahrerschulung B96/B196 ☐ Schaltkompetenznachweis
☐ BZR (beantragt _____) ☐ KBA schriftlich ☐ sonstiges: _____

Mitarbeiter*in

Name, Vorname

Geburtsdatum

**Ich werde von folgender
Fahrschule ausgebildet:**

Stempel der Fahrschule:

TÜV-Stelle: _____

Fahrschulnummer: _____

**Ich wünsche die Prüfung in
folgender Sprache abzulegen:**

☐ englisch

☐ französisch

☐ griechisch

☐ hocharabisch

☐ italienisch

☐ polnisch

☐ portugiesisch

☐ rumänisch

☐ russisch

☐ kroatisch

☐ spanisch

☐ türkisch

☐ **Ich wünsche die Prüfung mit Audiunterstützung über Kopfhörer in deutscher Sprache abzulegen.**

Ich erkläre ausdrücklich,

- das mir die Fahrerlaubnis derzeit nicht entzogen ist (entfällt bei Antrag auf Neuerteilung).
- bei einem Antrag auf Erweiterung/ Umschreibung/ Verlängerung, dass ich im Besitz der zugrundeliegenden Fahrerlaubnis bin und kein behördliches oder gerichtliches Entziehungsverfahren anhängig ist.
- bei einem Antrag auf Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis, dass diese gültig ist und mir das Recht nicht aberkannt worden ist, von ihr in Deutschland Gebrauch zu machen.

Ich verzichte für den Fall der Erteilung einer entsprechenden deutschen Fahrerlaubnis unwiderruflich auf die oben bezeichnete mir erteilte bzw. von mir beantragten EU-/EWR-Fahrerlaubnis.

Mir ist bekannt, dass mit der Zustellung oder Aushändigung des neuen Führerscheins der bisherige Führerschein seine Gültigkeit verliert (§ 25 Absatz 5 bzw. § 24 a Absatz 4 Fahrerlaubnisverordnung).

Der Antrag ist ab Antragstellung maximal ein Jahr gültig bzw. wird er als erledigt angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Erteilung des Prüfauftrags die theoretische Prüfung oder, wenn keine theoretische Prüfung erforderlich ist, anderenfalls innerhalb eines Jahres nach Bestehen der theoretischen Prüfung, die praktische Prüfung bestanden wird. Die in dem Kostenvorschuss enthaltende Antragsgebühr verfällt in diesem Fall. Im Übrigen gilt die Gebühr in Höhe des Kostenvorschusses als entgeltig festgesetzt, wenn dem Antrag stattgegeben oder Antrag durch Rücknahme oder Verjährung erledigt ist.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Fahrschule über den Bearbeitungsstand dieses Antrag informiert werden kann.

Der Antrag wird nur bearbeitet, wenn der Gebührenvorschuss entrichtet worden ist.

Diese Hinweise, sowie die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit dem Verfahren einverstanden.

X

Ort , Datum

Unterschrift (Antragsteller*in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Angaben über den Gesundheitszustand (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hinweis:

Nach § 22 Abs. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Anlage wahrheitsgemäß auszufüllen. Bei späterem Bedenken von Eignungsmängeln müssen Sie mit einschneidenden Maßnahmen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen

Bei mir liegt eine	Ja	Nein	Keine Angaben
1. Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit / Gleichgewichtstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bewegungsbehinderung (z.B. von Gliedmaßen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herz- und / oder Gefäßkrankheit (z. B. hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Krankheit des Nervensystems (z. B. Störung der Hirntätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. psychische (geistige) Störung (z. B. Psychose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nierenerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vor.			
8. Ich bin bzw. war wegen einer Suchtkrankheit			
- Konsum vom Alkohol			
in <input type="checkbox"/> ambulanter*, bzw. <input type="checkbox"/> stationärer* Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimittel			
in <input type="checkbox"/> ambulanter*, bzw. <input type="checkbox"/> stationärer* Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X

Ort , Datum

Unterschrift