



## Sehr geehrte(r) Führerscheinwerber(in)!

Sie werden ersucht, den nachstehenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass unwahre Angaben rechtliche Folgen nach sich ziehen können.

Reider	Max		
Name	Vorname	Geburtsdatum	
		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Ich leide/litt an	- Schwindelanfällen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	- Bewusstseinsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	- epileptischen Anfällen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Probleme mit	- Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	- Drogen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	- Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich hatte Spitalsaufenthalte (außer Blinddarmop., Mandelop., Leistenbruchop., Geburt)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich bin zuckerkrank		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Bluthochdruck		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung als Kind		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich trage Kontaktlinsen/Brille		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nachtblind		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich trage eine Arm-/Beinprothese		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich nehme regelmäßig Medikamente wegen: _____		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Datum: Jun 27, 2025

Unterschrift: 