

**Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis**  **Verlängerung Kl.** \_\_\_\_\_

Listen-Nr.: \_\_\_\_\_  
KBA \_\_\_\_\_

**Ersterteilung**  **Neuerteilung**  **Erweiterung der Kl.** \_\_\_\_\_ **auf Kl.** \_\_\_\_\_

<b>Personendaten</b>		Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt gem. den einschlägigen Bestimmungen des StVG und der FeV i.V.m. den Nrn. 3, 12 u. 13 der 2. BZRVwV und §§ 24, 26 VwVfG NW.
Geburtsdatum, -ort Geburtsname bei Abweichung: Familienname Vorname Staatsangehörigkeit Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort		
<b>Fahrschule</b>		<b>ADV-Nr.:</b> _____

**I Angaben zum Gesundheitszustand**

**Hinweis nach § 12 (2) Datenschutzgesetz NW:**

Das Erfassen, Speichern und Verändern dieser personenbezogener Daten ist nach § 12 (1) und 13 (1) DS NW in Verbindung mit § 2 StVG zulässig. Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind freiwillig (§ 26 (2) Satz 1 und 2 VwVfG NW). Sollten Sie eine der nachfolgenden Fragen mit "Ja" beantworten, so ist dem Antrag eine aktuelle ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Diagnose und ggf. die erforderliche Medikation beizufügen.

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| 1. Fehlen Ihnen Gliedmaße?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? (z.B. rechte Hand, linker Arm)   |
| 2. Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, worin besteht die Behinderung?   |
| 3. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Tabletteneinnahme erforderlich?<br><input type="checkbox"/> Einspritzungen erforderlich?<br><input type="checkbox"/> Ja, wegen welcher? |
| 4. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung? (z.B. Herz-, Nieren-, Leber- oder Blutgefäßerkrankungen, Bluthochdruck oder sonstiges)      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wann?<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja  |
| 6. Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankung in einer Krankenanstalt oder einem Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt worden?                                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 7. Leiden oder litt Sie an epileptischen Anfällen?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja  |
| 8. Leiden oder litt Sie an Ohnmachtsanfällen?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 9. Leiden oder litt Sie an Bewußtseinsstörungen?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 10. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 11. Sind Sie gehörlos oder schwerhörig?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 12. Tragen Sie ein Hörgerät?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |
| 13. Sind oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkoholmißbrauch, Rauschgiftgenuß) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie deswegen eine Entziehungskur gemacht? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?   |

**II Sonstiges**

Ich bin darüber informiert, dass ein Antrag auf Erweiterung einer Fahrerlaubnis hinsichtlich der vorhandenen Fahrerlaubnis aus einem EU oder EWR-Staat als gleichzeitiger Antrag auf Erteilung einer deutschen Fahrerlaubnis zu werten ist (§ 21 Abs. 2 FeV).

- |   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| 1. Ist gegen Sie ein rechtskräftiges Urteil eines Gerichtes in einer Strafsache ausgesprochen worden?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja  |
| 2. Schwebt gegenwärtig gegen Sie ein polizeiliches oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren?<br>Sind Sie im Besitz einer Fahrerlaubnis? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja, welcher, wo ausgestellt? |

Mir ist bekannt, dass falsche und bewusst verschwiegene Angaben die Entziehung bzw. Versagung der Fahrerlaubnis nach sich ziehen können.

Gleichzeitig erkläre ich hiermit, dass ich meinen Antrag als erledigt betrachte und die von mir für die Antragserledigung gezahlten Gebühren als verfallen ansehe, wenn ich die entsprechende Fahrerlaubnisprüfung innerhalb von 12 Monaten nach Eingang des Prüfauftrages bei der zuständigen Technischen Prüfstelle nicht beginnen bzw. die theoretische Prüfung nicht erfolgreich bestehen sollte. Gleiches gilt, wenn ich die praktische Prüfung innerhalb von 12 Monaten nach zuvor bestandener theoretischer Prüfung nicht erfolgreich bestehe.

Ort, Datum

Unterschrift

**Der o.a. Antrag ist über das zuständige Einwohnermeldeamt einzureichen!**

**Anlagen**

1. Lichtbild ohne Kopfbedeckung (35 x 45 mm)
2. Sehtest bzw. bei der Klasse C, C1, CE, C1E, D, D1, DE oder D1E Zeugnis oder Gutachten des Augenarztes
3. Bei Klasse C, C1, CE, C1E ein Zeugnis oder Gutachten über die körperliche und geistige Eignung (z.B. Hausarzt) und bei Klasse D, D1, DE, D1E ein Zeugnis eines Amtsarztes/ eines anderen Arztes der öffentlichen Verwaltung / eines Arztes mit der Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin" oder der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" (eines von der Berufsgenossenschaft zur Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchung von Fahr-, Steuer- und Überwachungspersonal ermächtigten Arztes.
4. Nachweis über die Ausbildung "Sofortmaßnahmen am Unfallort" bzw. bei Klasse C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E "Erste Hilfe" (jedoch nicht bei Verlängerung).

**Nur vom Einwohnermeldeamt auszufüllen**

Behörde

Ort, Datum

**Landrat des Kreises Kleve - Straßenverkehrsabteilung - Postfach 1552, 47515 Kleve**

Die vorstehenden Angaben, insbesondere die Personalangaben, sind geprüft und werden bestätigt. Der Antragsteller ist hier seit dem \_\_\_\_\_ gemeldet. Das beigegefügte Lichtbild aus neuerer Zeit stellt den Antragsteller dar; der Name auf der Rückseite des Bildes wurde von ihm eigenhändig geschrieben. Es sind keine / folgende Tatsachen, die der Erteilung der Fahrerlaubnis entgegenstehen, bekannt: (z. B. Vorstrafen, körperliche Gebrechen usw. - ggf. ausführlichen Bericht auf besonderem Blatt beifügen)

Unterschrift

**Gegen Rückgabe**

der Technischen Prüfstelle für den Kraftfahrzeugverkehr Essen, Außenstelle: 47058 Duisburg, Meidericher Straße 16, mit der Bitte um Prüfung des Antragstellers gemäß § 15 - 18 FeV übersandt.

Es wird gebeten, den vorbereiteten Führerschein nach bestandener Prüfung mit dem entsprechenden Vermerk zu versehen und auszuhändigen - nach hier zurückzusenden.

**Nicht vor dem \_\_\_\_\_ aushändigen.**

Kreis Kleve  
Der Landrat  
Im Auftrag

Technische Prüfstelle für den Kraftfahrzeugverkehr Essen

- Außenstelle Duisburg -

47058 Duisburg, \_\_\_\_\_

**Landrat des Kreises Kleve - Straßenverkehrsabteilung - Postfach 1552, 47515 Kleve**

Theoretische Prüfung					Praktische Prüfung						
Prüf- folge	Ergebnis		Datum	aaSP	Unterschrift	Prüf- folge	Ergebnis		Datum	aaSP	Unterschrift
	b	nb					b	nb			
1.						1.					
2.						2.					
3.						3.					
4.						4.					
5.						5.					
6.						6.					

Prüfung auf Kraftfahrzeug mit  Automatikgetriebe  Schaltgetriebe abgelegt.

Bemerkungen:  
Probezeit bis \_\_\_\_\_

Führerschein

- erhalten am \_\_\_\_\_  
 abgesandt am \_\_\_\_\_

- alt liegt bei  
 unerledigt zurück  
 wurde nicht ausgehändigt  
 ausgehändigt  
 lag nicht vor  
 Vorl. Fahrberechtigung ausgehändigt

Unterschrift des Antragstellers