

Bitte inkl. Foto, Sehtest, 1. Hilfe, Ausweiskopie bei der Führerscheinstelle Ihres 1. Wohnsitzes einreichen.  
 Unsere Fahrschulnummer und TÜV-Anschrift entnehmen Sie unserer Anmeldebstätigung.

# Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis

Eingang:



Das rechte weiße Feld entspricht dem Unterschriftenfeld auf dem späteren Führerschein.  
 Die Unterschrift ist von der Antragsstellerin/vom Antragssteller **eigenhändig in der Mitte** des weißen Feldes zu leisten.  
 In dem linken Kasten ist das biometrische Lichtbild einzukleben oder dem Antrag hinzuzufügen.

<input type="checkbox"/> <b>Ersterteilung</b> Einzelklasse: 43,40 € Doppelklasse zzgl. 7,70 € Begleitetes Fahren: zzgl. 7,70 Euro + 5,10 je Begleiter Anzahl Begleiter: ____		<input type="checkbox"/> <b>Erweiterung</b> <input type="checkbox"/> <b>Verlängerung</b> 42,60 €		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Doktorgrad	
				Familienname			
				Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)			
				Vornamen (sämtliche!)			
				Ggf. sonstige frühere Namen			
<input type="checkbox"/> A Stufe <input type="checkbox"/> (nur Praxis)		<input type="checkbox"/> A2 Stufe <input type="checkbox"/> (nur Praxis)		<input type="checkbox"/> A1		Straße, Hausnummer	
<input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> BE		<input type="checkbox"/> B 96		Postleitzahl, Wohnort	
<input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> CE		<input type="checkbox"/> CE/79		Geburtsdatum    Geburtsort	
<input type="checkbox"/> C1		<input type="checkbox"/> C1E		<input type="checkbox"/> SZ 95		Telefonisch erreichbar unter:	
<input type="checkbox"/> D1		<input type="checkbox"/> D1E		<input type="checkbox"/> Fahrerkarte		E-Mail Adresse:	
<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> DE		<input type="checkbox"/> DE/79		Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> AM		<input type="checkbox"/> T		<input type="checkbox"/> L			

Die Ausbildung erfolgt bei Fahrschule \_\_\_\_\_

**Erforderliche Unterlagen A1, A2, A, B, BE, B96, AM, T und L:** Personalausweis, biometrisches Lichtbild, Sehtestbescheinigung (nicht älter als zwei Jahre), Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe

**C1E/ C/ CE:** Personalausweis, biometrisches Lichtbild, ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (**Hausarzt und Augenarzt**) bzw. **Betriebsmediziner**, Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe

**D/ D1E/ DE:** Personalausweis, biometrisches Lichtbild, Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe Untersuchung bei einem **Betriebsmediziner**, **Führungszeugnis** bei der Wohnsitzgemeinde (Belegart 0)

Ich beantrage die theoretische Prüfung in einer anderen Sprache zu absolvieren:

- englisch     französisch     griechisch     italienisch     kroatisch     polnisch     russisch  
 portugiesisch     rumänisch     spanisch     türkisch     hocharabisch

Ich beantrage eine Audio-Unterstützung über Kopfhörer in deutscher Sprache, da ich nicht ausreichend lesen und schreiben kann (einen entsprechenden Nachweis ist dem Antrag beizufügen)

**Bereits vorhandene Fahrerlaubnis:**

Behörde: \_\_\_\_\_ ausgestellt am: \_\_\_\_\_

Führerscheinnummer.: \_\_\_\_\_

**Angaben über den Gesundheitszustand:**

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 Bekanntwerden von Eignungszweifeln, die bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung bestanden haben, müssen Sie mit Maßnahmen, Seitens der Fahrerlaubnisbehörde rechnen, die mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden sein können und ggf. zum Entzug der Fahrerlaubnis führen können.

**Bitte kreuzen Sie an, ob folgende Erkrankungen bei Ihnen vorliegen oder nicht:**

- |   | Ja*                      | Nein*                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit / Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bewegungsbehinderung (z. B. von Gliedmaßen)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: _____                                      |                          |                          |
| 3. Herz- und / oder Gefäßerkrankung (z. B. hoher Blutdruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zuckerkrankheit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krankheit des Nervensystems                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Psychische Krankheit (z. B. Psychose)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nierenerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

**Hinweis:**

Wenn Sie mit einem Antrag mehrere Fahrerlaubnisklassen beantragen, wird der endgültige Kartenführerschein erst nach Bestehen **aller** Klassen bestellt.

Für jede nachträgliche Änderung wird eine Gebühr in Höhe von 12,80 € erhoben.

Der Antrag wird als erledigt angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres der beantragte Führerschein ausgehändigt oder die beantragte Fahrerlaubnis erteilt wurde.



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift