

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.

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

ja **nein**

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich leide/litt an | - Schwindelanfällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Bewusstseinsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - epileptischen Anfällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung

Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe/hatte Probleme mit | - Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Medikamentenmissbrauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung

Ich hatte Spitalsaufenthalte
(außer Blinddarmop., Mandelop., Leistenbruchop., Geburt)

Ich bin zuckerkrank

Ich habe/hatte Bluthochdruck

Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit

Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung
als Kind

Ich trage Kontaktlinsen/Brille

Ich bin nachtblind

Ich trage eine Arm-/Beinprothese

Ich nehme regelmäßig Medikamente

wegen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

