



Kreis Wesel
FD 36 Straßenverkehr / Fahrerlaubnis
Reeser Landstraße 31
46483 Wesel

Antrag auf Neuerteilung einer Fahrerlaubnis oder Zuerkennung einer ausländischen Fahrerlaubnis

- Antrag auf Neuerteilung einer Fahrerlaubnis der Klasse(n)
 Antrag auf Zuerkennung einer ausländischen Fahrerlaubnis der Klasse(n)

Klasse(n)

- AM A1 A2 A B
 BE C1 C1E C CE
 CE(79) D1 D1E D DE
 L T

Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

zusätzliche Erweiterung

auf die Klasse(n)

Antragstellende Person

Vorname		Familiename	
gegenbenenfalls Geburtsname		sonstige frühere Namen	
Geburtsdatum	Geburtsland	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort		
Telefonnummer (freiwillige Angabe)			

Angaben zur **deutschen** und/oder **ausländischen** Fahrerlaubnis:

ausstellende Behörde (Land)		Datum der Ausstellung der Fahrerlaubnis	
Datum der Entziehung der Fahrerlaubnis	durch Behörde	durch Gericht	
zum Zeitpunkt der Entziehung habe ich gewohnt in		Kreis	

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Bitte Gesundheitsfragebogen ausfüllen

Mit dem Antrag sind nachfolgende Unterlagen / Nachweise einzureichen:

- biometrisches Lichtbild ohne Kopfbedeckung (35 x 45 mm) gem. Passverordnung vom 19.10.2007
- Kopie eines Ausweisdokumentes (Vorder- und Rückseite) zur Person
- Nachweis über die Ausbildung in erster Hilfe gem. § 19 Abs. 1 FeV;
nicht erforderlich bei:
Vorbesitz der Fahrerlaubnisklassen C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE (Alte Klasse 2)
oder bei Zuerkennung einer EU/EWR-Fahrerlaubnis

Zusätzlich bei den Klassen A, A2, A1, B, BE, L, T und AM:

- Sehtestbescheinigung gem. § 12 Abs. 2 FeV i.V.m. Anlage 6 zur FeV und zum Datum der Antragstellung nicht älter als zwei Jahre

Zusätzlich bei den Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E sowie einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung:

- Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung nach Anlage 5 Nr. 1 zu FeV zum Datum der Antragstellung nicht älter als ein Jahr
- Bescheinigung über die Untersuchung des Sehvermögens nach Anlage 6 zur FeV durch einen Arbeits- oder Betriebsmediziner, Arzt einer Begutachtungsstelle für Fahreignung und/oder Augenarzt zum Datum der Antragstellung nicht älter als zwei Jahre
- Bei Beantragung der Fahrerlaubnisklassen D, D1, DE, D1E sowie einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung ein Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners oder einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung nach Anlage 5 Nr. 2 FeV zum Datum der Antragstellung nicht älter als ein Jahr

Alle Unterlagen / Nachweise sind im **Original** einzureichen, sofern nicht anders bestimmt.

Hinweis:

Durch Ihre Antragstellung entstehen in jedem Fall kostenpflichtige Aufwendungen, welche von Ihnen nach Abschluss des Verfahrens zu tragen sind.

Ich erkläre folgendes:

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben die Entziehung bzw. Versagung der Fahrerlaubnis und/oder eine Bestrafung nach sich ziehen können. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Eignungsbedenken ein Führungszeugnis auf meine Kosten durch die zuständige Fahrerlaubnisbehörde beantragt wird.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Eignungsbedenken ein Führungszeugnis auf meine Kosten durch die zuständige Fahrerlaubnisbehörde beantragt wird.

Sachbearbeitung (wird von der Behörde ausgefüllt)

Eingang:
Gebühr

FAER erfolgt schriftlich

Abfrage ZFER
FZ
VHK

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------



Kreis Wesel
FD 36 Straßenverkehr / Fahrerlaubnis
Reeser Landstraße 31
46483 Wesel

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis

Antragstellerin / Antragsteller

Vornamen		Familiennamen	
Geburtsdatum	Geburtsland	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

Hinweis:

Nach [§ 22 Absatz 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung](#) hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diesen Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Bei späterem Bekannt werden von Eignungsmängeln müssen Sie mit einschneidenden Maßnahmen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen.

Leiden Sie an Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Gehörlosigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Gleichgewichtsstörung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Bewegungsbehinderung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Fehlen von Gliedmaßen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Herzerkrankung und / oder Gefäßerkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leiden Sie an Diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leiden Sie an Erkrankung des Nervensystems?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leiden Sie an Epilepsie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leiden Sie an psychische Störung (zum Beispiel Psychosen)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leiden Sie an Nierenerkrankung (zum Beispiel Niereninsuffizienz)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Sind beziehungsweise waren Sie wegen Konsum von Alkohol in Behandlung?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>

Die Behandlung erfolgt / erfolgte

- ambulant
- stationär

<p>Sind beziehungsweise waren Sie wegen Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimitteln in Behandlung?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>

Die Behandlung erfolgt / erfolgte

- ambulant
- stationär

Ergänzungen

<p>Ergänzungen</p>

<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift</p>
-------------------	---------------------