

## 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 - Bewusstseinsstörungen - epileptischen Anfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Probleme mit - Alkohol - Drogen - Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Spitalaufenthalte (außer Blinddarmoperation, Mandeloperation, Leistenbruchoperation, Geburt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung als Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte eine Schädelverletzung, Gehirnhautentzündung, Gehirnoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte einen Gehörschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage Kontaktlinsen/Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nachtblind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage eine Arm-/Beinprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme regelmäßig Medikamente wegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift