

Mit der Bearbeitung wird erst begonnen, wenn der Gebührenvorschuss entrichtet ist!

Antrag Fahrerlaubnis

Ich beantrage eine Fahrerlaubnis der unten angekreuzten Klassen als

<input type="checkbox"/> Ersterteilung <input type="checkbox"/> Erweiterung <input type="checkbox"/> Umschreibung			Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Doktorgrad
<input type="checkbox"/> Verlängerung/Erneute Erteilung nach Ablauf der Gültigkeit		<input type="checkbox"/> Neuerteilung nach Entzug	Familienname		
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> A 1	Vornamen (sämtliche, Rufnamen <u>nicht</u> unterstreichen)		
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B96	<input type="checkbox"/> BE	Geburtsname, falls abweichend vom Familiennamen		
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> CE79	ggf. Künstlername		
<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E		ggf. Ordensname/n		
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE		ggf. sonstige frühere Namen		
<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> DE79	Geburtsdatum	Geburtsort	
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> L	Straße und Hausnummer		
	<input type="checkbox"/> BF17	<input type="checkbox"/> Schl.95	Postleitzahl, Wohnort		
Eingangsstempel			Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		
			Wohnsitz in Deutschland seit <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> dem		
			Ablauf der Sperrfrist am		
			Tagsüber telefonisch erreichbar unter Tel.-Nr.		

Von den Antragsunterlagen, die weiter unten aufgeführt sind, füge ich meinem Antrag folgende Unterlagen bei:

<p><u>Ersterteilung und Erweiterung:</u> Klassen A, A1, AM, B, BE, T, L: Nr. 1, 2, 3 oder 4, 5 oder 6, 14, ggf. 15</p> <p>Klassen C; CE, C1, C1E: Nr. 1, 2, 4, 6, 7, ggf. 15</p> <p>Klassen D, DE, D1, D1E: Nr. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, ggf. 15</p> <p><u>Verlängerung der Geltungsdauer und erneute Erteilung einer Fahrerlaubnis:</u> Klassen C, CE, C1, C1E: Nr. 1, 2, 4, 7, ggf. 15</p> <p>Klassen D, DE, D1, D1E: Nr. 1, 2, 4, 7 (ab 50. Lebensjahr zusätzlich 8), 9, ggf. 15</p>	<p><u>Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach Entziehung:</u> Klassen A, A1, AM, B, BE, T, L: Nr. 1, 2, 3 oder 4, 5 oder 6, 9, 14</p> <p>Klassen C, CE, C1, C1E : Nr. 1, 2, 4, 6, 7, 9</p> <p>Klassen D, DE, D1, D1E : Nr. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9</p> <p><u>Umschreibung einer Dienstfahrerlaubnis der Bundeswehr, des Bundesgrenzschutzes und der Polizei :</u> a) Bei noch bestehendem Dienstverhältnis: Nr. 1, 2, 10, gg.f. 15 b) Bei bereits beendetem Dienstverhältnis: Nr. 1, 2, 11, ggf. 15</p>	<p><u>Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis:</u></p> <p>a) Bei EU-oder EWR-Fahrerlaubnissen sowie privilegierten Fahrerlaubnissen der Klassen nach Anlage 11 zu § 31 FeV: Nr. 1, 2, 12, 13, ggf. 15</p> <p>b) Bei anderen ausländischen Fahrerlaubnissen: Klassen A, A1, AM, B, BE, T, L : Nr. 1, 2, 3, 5, 13, 14</p> <p>Klassen C, CE, C1, C1E : Nr. 1, 2, 4, 6, 8, 13, 14</p> <p>Klassen D, DE, D1, D1E : Nr. 1, 2, 4, 6, 7, 9, 13, 14</p> <p>Gebührenvorschuss : _____ Euro</p>
---	---	--

Antragsunterlagen für alle Arten von Fahrerlaubnissen:

1. Personalausweis / Pass (ist bei Antragstellung vorzulegen)	7. Ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr)	11. Bescheinigung der Dienststelle über den Besitz einer Dienstfahrerlaubnis und das Ende des Dienstverhältnisses
2. Neues Lichtbild (biometrisch)	8. Gutachten einer Ärztin / eines Arztes mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ bzw. Gutachten einer Begutachtungsstelle für Fahreignung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr)	12. Original des ausländischen Führerscheins (ist bei der Antragstellung vorzulegen und bei Aushändigung des deutschen Führerscheins abzugeben)
3. Sehtestbescheinigung (nicht älter als zwei Jahre)	9. Führungszeugnis der Belegart „0“ (zu beantragen bei der Wohnsitzgemeinde)	13. Übersetzung des ausländischen Führerscheins
4. Zeugnis oder Gutachten einer Augenärztin/ Augenarztes (nicht älter als zwei Jahre)	10. Original der Dienstführerscheines (ist bei der Antragstellung vorzulegen)	14. Gesundheitsfragebogen (freiwillig)
5. Bescheinigung über die Teilnahme an einer Unterweisung in lebensrettenden Sofortmaßnahmen		15. Karteikartenabschrift, wenn der letzte Führerschein von einer auswärtigen Behörde ausgefertigt worden war
6. Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe		

Die Ausbildung erfolgt bei nachstehend genannter Fahrschule:

Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

1. Ich besitze besaß Die Fahrerlaubnis / den Führerschein (hier sind alle erteilten Fahrerlaubnisse – auch die im Ausland erteilten Fahrerlaubnisse anzugeben)

Klasse/n	ausgestellt am	Durch	Listennummer	Vordrucknummer

2. Ich habe keine eine Fahrerlaubnis bei einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union(EU)oder bei einem anderen Vertragsstaat des Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) beantragt

Falls ja, Klasse/n	Bei welcher Behörde	In welchem Staat

4. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben, sowie

bei einem Antrag auf **Erweiterung / Umschreibung**, dass ich im Besitz der zugrundeliegenden Fahrerlaubnis bin und kein behördliches oder gerichtliches Entziehungsverfahren anhängig ist,

bei einem Antrag auf **Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis**, dass diese gültig ist und mir nicht das Recht aberkannt worden ist, von ihr in Deutschland Gebrauch zu machen.

Hiermit verzichte ich für den Fall der Erteilung einer entsprechenden deutschen Fahrerlaubnis unwiderruflich auf die oben bezeichnete mir erteilte bzw. von mir beantragte EU-/EWR-Fahrerlaubnis.

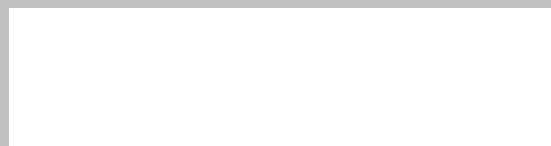
Der **Ersterteilungs-** bzw. **Erweiterungsantrag** wird als erledigt angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Erteilung des Prüfauftrages die theoretische Prüfung oder, wenn keine theoretische Prüfung erforderlich ist, andernfalls innerhalb eines Jahres nach Bestehen der theoretischen Prüfung, die praktische Prüfung bestanden wird. Die in dem Kostenvorschuss enthaltene Antragsgebühr verfällt in diesem Fall. Im übrigen gilt die Gebühr in Höhe des Kostenvorschuss als entgeltig festgesetzt, wenn dem Antrag stattgegeben oder der Antrag durch Rücknahme oder Verjährung erledigt ist.

Der von mit gestellte Antrag ist ab Antragsstellung max. ein Jahr gültig. Der bereits gezahlte Gebührens-vorschuss wird nicht erstattet.

Mir ist bekannt, das der Führerschein ab Bestellung auf 15 Jahre befristet ist (somit grundsätzlich ab Antragsstellung), sodass mir evtl. ein Nachteil von max. 2 Jahren entstehen kann.

Ort ,Datum. Unterschrift

X



Anlage zum Antrag des

Name

Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Angaben über den Gesundheitszustand (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hinweis:

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 Bedenken von Eignungsmängeln müssen Sie mit einschneidenden Maßnahmen, die erhebliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen

Bei mir liegt eine	Ja	Nein	Keine Angaben
1. Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit / Gleichgewichtstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bewegungsbehinderung (z.B. von Gliedmaßen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herz- und / oder Gefäßkrankheit (z. B. hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Krankheit des Nervensystems (z. B. Störung der Hirntätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. psychische (geistige) Störung (z. B. Psychose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nierenerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vor.			
8. Ich bin bzw. war wegen einer Suchtkrankheit			
- Konsum vom Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in <input type="checkbox"/> ambulanter* <input type="checkbox"/> stationärer* Behandlung			

Ort, Datum

Unterschrift