

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.**

|              |              |
|--------------|--------------|
|              |              |
| Vorname/Name | 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                               | <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                                                                                | <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                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Spitalsaufenthalte<br>(außer Blinddarmop., Mandelop., Leistenbruchop., 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 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"/> |
| Ich nehme regelmäßig Medikamente                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

wegen:

Datum,

Unterschrift: .....