

**Antrag Fahrerlaubnis**

Eingangsstempel
-----------------

<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Geburtstag</b>	
<b>Doktorgrad:</b>	<b>Familienname</b>
	<b>Geburtsname</b>
	<b>Vornamen</b>
	<b>ggf. sonstige frühere Namen</b>
	<b>Geburtsort (ggf. Kreis)</b>
	<b>Anschrift</b> (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
	<b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
	<b>Wohnsitz in Deutschland seit</b> <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> dem
<b>Telefonische Rückfragen unter Tel.-Nr.:</b>	
<b>E-Mail- Adresse</b> (freiwillige Angabe):	

**Ich beantrage eine Fahrerlaubnis der unten angekreuzten Klassen als**

<input type="checkbox"/> Ersterteilung	<input type="checkbox"/> Erweiterung	<input type="checkbox"/> Umschreibung	<b>Die Ausbildung erfolgt bei nachstehend genannter Fahrschule:</b>
<input type="checkbox"/> Verlängerung/erneute Erteilung nach Ablauf der Gültigkeit	<input type="checkbox"/> Neuerteilung nach Entzug		
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> A 1	<b>Zuständige Technische Prüfstelle:</b>
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Bf17	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> B 96	
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> Grundqualifikation	
<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E		
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE		
<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E		<b>Prüfart:</b>
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> L	
Der Nachweis <input type="checkbox"/> 1. Hilfe <input type="checkbox"/> Sofortmaßnahmen am Unfallort hat vorgelegen und wurde wieder ausgehändigt.			

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

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

**Antragsunterlagen für alle Arten von Fahrerlaubnissen:**

1. Personalausweis/Pass (ist bei Antragstellung vorzulegen)	7. 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)	11. Original des ausländischen Führerscheins (ist bei Antragstellung vorzulegen und bei Aushändigung des deutschen Führerscheins abzugeben)
2. Biometrisches Lichtbild (45 x 35 mm, ohne Kopfbedeckung)	8. Führungszeugnis der Belegart „0“ (zu beantragen bei der Wohnsitzgemeinde)	12. Übersetzung des ausländischen Führerscheins
3. Sehtestbescheinigung (nicht älter als zwei Jahre)	9. Original des Dienstführerscheines (ist bei Antragstellung vorzulegen)	13. Gesundheitsfragebogen (freiwillig)
4. Zeugnis oder Gutachten einer Augenärztin/eines Augenarztes (nicht älter als zwei Jahre)	10. Bescheinigung der Dienststelle über den Besitz einer Dienstfahrerlaubnis und das Ende des Dienstverhältnisses	14. Karteikartenabschrift, wenn der letzte Führerschein von einer auswärtigen Behörde ausgefertigt worden war
5. Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe		
6. Ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr)		

**PA TÜV am :**

**Erklärungen 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	erteilt am:	durch (Behörde)	Führerscheinnummer:

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

Falls ja, Klasse/n	bei welcher Behörde	in welchem Staat

**3.** 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 Antrag wird als erledigt angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Erteilung des Prüfauftrages die theoretische Prüfung oder nicht innerhalb eines Jahres nach Bestehen der theoretischen Prüfung die praktische Prüfung bestanden wird. Die gezahlte Verwaltungsgebühr verfällt in diesem Fall.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Landkreis Wittmund  
Ordnungsamt  
- Führerscheinstelle -  
Az.: 32/36 60 05  
\_\_\_\_\_

**Einzahlungsvermerk**

Wittmund, den \_\_\_\_\_

**Die Verwaltungsgebühren**

Ident-Nr. \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_ EUR

Ident-Nr. \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_ EUR

Ident-Nr. \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_ EUR

**wurden heute eingezahlt.**

Die vorstehenden Angaben, insbesondere die Personendaten, sind geprüft.

Im Auftrage:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Raum für Unterschriften / Fotoaufkleber -

---

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum, Geburtsort)

auf Erteilung der Fahrerlaubnis

### Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

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

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

in ambulanter\*) / stationärer\*) Behandlung

---

Unterschrift