

## 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 Spitalsaufenthalte  
(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  
wegen: \_\_\_\_\_

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_