

Listen-Nummer: _____

Geburtsdatum:	Fahrschulstempel
Geburtsname:	
bei Abweichung: Familienname:	
Vorname:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	Telefon:
E-Mail-Adresse:	

ANTRAG auf

(Antrag gilt nicht für Klasse D)

- Erteilung der Fahrerlaubnis, Klasse _____
- Erweiterung der Fahrerlaubnis von Klasse _____ auf Klasse _____ Ich besitze eine deutsche / ausländische Fahrerlaubnis
- Neuerteilung der Fahrerlaubnis, Klasse _____ nach Entziehung Klasse: _____ vom: _____
- Umschreibung der ausländischen Fahrerlaubnis, Klasse _____ Behörde: _____
- Umschreibung der Dienstfahrerlaubnis, Klasse _____ Listen-Nr.: _____

Ich beantrage zusätzlich

- Eintragung der Berufskraftfahrerqualifikation
- Theoretische Prüfung in folgender Fremdsprache _____
- Theoretische Prüfung mit Audiounterstützung

Ich lege vor: <ol style="list-style-type: none">Amtliches Ausweisdokument1 neues Lichtbild (35 x 45 mm) Frontalaufnahme im HochformatSehtest-Bescheinigung (bei Klassen C, CE, C 1, C 1 E augenärztliches Gutachten)Ärztliche Gesundheitsbescheinigung (nur bei Klassen C, CE, C 1, C 1 E)Nachweis über die Unterweisung in Erster HilfeEinzahlungsbeleg in Höhe von _____ € mit Quittungsvermerk des GeldinstitutesGgf. Qualifikationsnachweis nach BKrFQG	Zutreffendes bitte ankreuzen! (Die Angaben sind freiwillig) * <table><thead><tr><th></th><th>nein</th><th>ja</th><th>falls ja,</th></tr></thead><tbody><tr><td>Gegen mich ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>wo: _____</td></tr><tr><td>Mir wurde die Fahrerlaubnis entzogen</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>durch: _____</td></tr><tr><td>Ich trage eine Sehhilfe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Brille / Kontaktlinsen _____</td></tr><tr><td>Ich bin zuckerkrank</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>s. ärztl. Bescheinigung _____</td></tr><tr><td>Ich bin bzw. war unter Betreuung gestellt</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>wegen: _____</td></tr><tr><td>Ich habe folgende körperliche oder geistige Beeinträchtigung(en) (z. B. Kopf- oder Hirnverletzungen, Amputation von Gliedmaßen, Geisteskrankheit - auch psychische Erkrankungen -, Epilepsie, Schwerhörigkeit, Suchten)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Art d. Beintr.: _____</td></tr></tbody></table>		nein	ja	falls ja,	Gegen mich ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo: _____	Mir wurde die Fahrerlaubnis entzogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durch: _____	Ich trage eine Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille / Kontaktlinsen _____	Ich bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. ärztl. Bescheinigung _____	Ich bin bzw. war unter Betreuung gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wegen: _____	Ich habe folgende körperliche oder geistige Beeinträchtigung(en) (z. B. Kopf- oder Hirnverletzungen, Amputation von Gliedmaßen, Geisteskrankheit - auch psychische Erkrankungen -, Epilepsie, Schwerhörigkeit, Suchten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art d. Beintr.: _____
	nein	ja	falls ja,																										
Gegen mich ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo: _____																										
Mir wurde die Fahrerlaubnis entzogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durch: _____																										
Ich trage eine Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille / Kontaktlinsen _____																										
Ich bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. ärztl. Bescheinigung _____																										
Ich bin bzw. war unter Betreuung gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wegen: _____																										
Ich habe folgende körperliche oder geistige Beeinträchtigung(en) (z. B. Kopf- oder Hirnverletzungen, Amputation von Gliedmaßen, Geisteskrankheit - auch psychische Erkrankungen -, Epilepsie, Schwerhörigkeit, Suchten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art d. Beintr.: _____																										

Nur bei Neuerteilung: Ein Führungszeugnis nach Belegart „O“ wird bei der örtlichen Meldebehörde beantragt.
***) Das Straßenverkehrsamt ist berechtigt, weitere Ermittlungen gem. § 26 Abs. 1 Verwaltungsverfahrensgesetz NW durchzuführen. Bei Rückgabe des Prüfauftrages (gem. § 22 Abs. 5 FeV) gilt der Antrag als zurückgezogen.**

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

