

# Antrag auf Neuerteilung der Fahrerlaubnis nach Entzug

Geburtstag:	
Geburtsname:	
Familienname:	
Vorname:	

Geburtsort:	
Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	

**Ich beantrage hiermit die Fahrerlaubnis der Klasse**

- A1**     **A-b**     **A-u**     **B**     **BE**     **C1**     **C1E**     **C**     **CE**  
 **D**     **D1**     **DE**     **D1E**     **M**     **L**     **T**     **S**

**Die Fahrerlaubnis wurde mir entzogen durch**

- Amtsgericht     Landgericht     Verwaltung  
 in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Der eingezogene Führerschein wurde ausgestellt von der Fahrerlaubnisbehörde in \_\_\_\_\_

**Anlagen:**

- 1 Lichtbild neuen Datums ohne Kopfbedeckung im Halbprofil (35 x 45 mm)
- Sehtestbescheinigung (bei Klassen A-b, A-u, A1, B, BE, L, M, T, S) **oder** augenärztliches Gutachten (bei Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E)
- Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung gem. § 11 Abs. 9 FeV (für Klasse C, CE, D, D1, DE, D1E)
- Nachweis über Kurs „Sofortmaßnahmen am Unfallort“ (bei Klassen A-b, A-u, A1, B, BE, L, M, T, S) **oder**
- Nachweis über Kurs „Erste Hilfe“ (bei Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E)
- Führungszeugnis – nicht älter als 3 Monate
- Gebührennachweis

Aktenzeichen der Führerscheinstelle:

hier bitte den Aufkleber mit dem Lichtbild und der Unterschrift aufbringen

**Vergessen Sie bitte nicht die Gesundheitsfragen auf der Rückseite zu beantworten!**

--	--

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Antragstellers**

## Angaben über den Gesundheitszustand:

1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
2. Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule gelähmt oder versteift?  Nein  Ja,  
Worin besteht die Behinderung?
3. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit?  Nein  Ja  Tabletteneinnahme erforderlich  
 Injektionen erforderlich
4. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung? (z.B. Herz, Nieren, Leber, etc.)  Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_
5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_
6. Sind Sie wegen einer nervlichen oder geistigen Erkrankung behandelt worden?  Nein  Ja, wann / wo? \_\_\_\_\_
7. Leiden / litten Sie an epileptischen Anfällen?  Nein  Ja
8. Leiden / litten Sie an Ohnmachtsanfällen?  Nein  Ja
9. Leiden / litten Sie an Bewusstseinsstörungen?  Nein  Ja
10. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände?  Nein  Ja
11. Sind Sie schwerhörig oder gehörlos?  Nein  Ja
12. Tragen Sie ein Hörgerät?  Nein  Ja
13. Sind Sie oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkohol-, Rauschgift-, genuß) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie eine Entziehungskur gemacht?  Nein  Ja, welche Suchtkrankheit, wann / wo in Behandlung?

Sonstiges:

Ich versichere, dass meine Angaben zu den vorstehenden Fragen der Wahrheit entsprechen.  
Mir ist bekannt, dass eine aufgrund falscher Angaben erteilte Fahrerlaubnis entzogen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

neuertei.doc Stand:12/2004

\_\_\_\_\_  
Behörde

\_\_\_\_\_  
Datum

## Antrag auf Neuerteilung einer Fahrerlaubnis nach Entzug

Urschriftlich mit allen Anlagen  
übersandt an den

**Kreis Steinfurt  
Ordnungsamt  
32/2 Straßenverkehr  
Tecklenburger Str. 10**

**48565 Steinfurt**

Eingangsstempel Kreis Steinfurt

Die Personen-Daten wurden überprüft.  
Aus Sicht der Ortsbehörde bestehen keine Bedenken gegen die Erteilung einer  
Fahrerlaubnis.

im Auftrag