

Antrag auf Verlängerung der Fahrerlaubnis

Geburtstag:	
Geburtsname:	
Familienname:	
Vorname:	

Geburtsort:	
Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	

Ich besitze bereits den EU-Kartenführerschein. Ich beantrage die Verlängerung der Klasse

- D
 DE
 D1
 D1E
 C
 CE
 C1
 C1E

Anlagen:

- 1 Lichtbild neuen Datums ohne Kopfbedeckung im Halbprofil (35 x 45 mm)
- Führungszeugnis – nicht älter als 3 Monate (für die Klassen D, DE, D1, D1E)
- Gebührennachweis
- Karteikartenabschrift der letzten Ausstellungsbehörde (nur wenn nicht Kreis Steinfurt)
- Zeugnis oder Gutachten über die augenärztliche Untersuchung (für Klasse C, CE, D, D1, DE, D1E)
- Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung gem. § 11 Abs. 9 FeV (für Klasse C, CE, D, D1, DE, D1E)
- Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners oder einer amtlich zugelassenen Begutachtungsstelle für Fahreignung gem. Anlage 5 Ziff.2 zur FeV (für Klasse D, DE, D1, D1E, wenn der Antragsteller das 50.Lebensjahr vollendet hat)



Aktenzeichen der Führerscheinstelle:

hier bitte den Aufkleber mit dem Lichtbild und der Unterschrift aufbringen

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?
Worin besteht die Behinderung? Nein Ja, _____
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

verlaeng.doc Stand: 12/2004

Behörde

Datum

Antrag auf Verlängerung der Fahrerlaubnis

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 Verlängerung
der Fahrerlaubnis.

im Auftrag