

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwindelanfällen</li> <li>- Bewusstseinsstörungen</li> <li>- epileptischen Anfällen</li> </ul>	<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alkohol</li> <li>- Drogen</li> <li>- Medikamentenmissbrauch</li> </ul>	<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:		

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