

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bewusstseinsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epileptischen Anfällen	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medikamentenmissbrauch	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wegen: _____		

Datum: _____ Unterschrift: _____