

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 wegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum: _____

Unterschrift: _____