

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 ja nein
- Bewusstseinsstörungen ja nein
- epileptischen Anfällen ja nein

Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung ja nein

Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit ja nein

Ich habe/hatte Probleme mit

- Alkohol ja nein
- Drogen ja nein
- Medikamentenmissbrauch ja nein

Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung ja nein

Ich hatte Spitalsaufenthalte
(außer Blinddarmop., Mandelop., Leistenbruchop., Geburt) ja nein

Ich bin zuckerkrank ja nein

Ich habe/hatte Bluthochdruck ja nein

Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit ja nein

Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung
als Kind ja nein

Ich trage Kontaktlinsen/Brille ja nein

Ich bin nachtblind ja nein

Ich trage eine Arm-/Beinprothese ja nein

Ich nehme regelmäßig Medikamente ja nein

wegen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____