

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: \_\_\_\_\_