

Selbstdeklaration für den Kandidaten für den Führerschein der Gruppe

2

(Königlicher Erlass vom 23.03.1998 über Führerscheine)

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Nummer des nationalen Registers (fakultativ):

Kategorie und/oder Unterkategorie des **AKTUELLEN** Führerscheins:

A3 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E

Ausgehändigt in: Nr:

Gültig bis:

Kandidat für einen Führerschein gültig für die Kategorie:

Im vorliegenden Fall:

Datum der vorherigen Untersuchung:

Name des untersuchenden Arztes:

Vom Kandidaten auszufüllender Fragebogen (Zutreffendes ankreuzen)

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie wegen einer Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems, einer Hirnblutung, einer Hirnverletzung, eines Schädelbruchs, eines Komats behandelt worden oder werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie wegen wichtiger Störungen in Ihrem Urteilsvermögen, Ihrer Wahrnehmung, Ihrer Anpassungsfähigkeit oder wegen einer Störung der psychomotorischen Reaktionen behandelt worden oder werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie wegen einer psychischen Erkrankung oder eines anderen psychiatrischen Zustands behandelt worden oder werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie größere Anpassungsprobleme, die sich z. B. durch unangemessenes Verkehrsverhalten, übermäßige Risikobereitschaft, unkontrolliertes Verhalten manifestieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind Sie wegen Epilepsie, Bewusstseinsverlust, plötzlichem kurzen oder längerem Bewusstseinsverlust, plötzlicher Lähmung, Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen behandelt worden oder werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie tagsüber unter anormaler Müdigkeit oder Schlafneigungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schnarchen Sie im Schlaf laut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sind Sie wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, einer Herzrhythmus- oder -leistungsstörung, eines Herzinfarkts, eines Blutdruckproblems behandelt worden oder werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie eine Herzoperation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fehlt Ihnen der normale Gebrauch eines Armes, einer Hand und/oder Finger, eines Beines und/oder eines Fußes oder der entsprechenden Gelenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie wegen Diabetes in Behandlung behandelt worden oder werden Sie behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Sie wegen einer Augenkrankheit von einem Augenarzt behandelt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hatten Sie eine Augenoperation oder Laserbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ist Ihr Sehvermögen, Ihre Sehschärfe und/oder Ihr Gesichtsfeld beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist Ihre Sehkraft in der Dämmerung oder im Dunkeln eingeschränkt oder unzureichend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sind Sie abhängig vom Konsum von Alkohol, Drogen oder übermäßigem Drogenkonsum, oder waren Sie deswegen in Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Nehmen Sie Medikamente ein, die Ihr Bewusstsein, Ihre Wahrnehmung, Ihr Urteilsvermögen oder Ihr normales Funktionieren beeinträchtigen können, wie Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Stimulanzien, Antidepressiva oder andere Psychopharmaka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung?
20. Haben Sie sich einer Organtransplantation oder einer anderen künstlichen Implantation unterzogen, die einen möglichen Einfluss auf Ihre Fahrtüchtigkeit haben könnte?

Ich, der Unterzeichnete, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorstehenden Informationen und den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und dass ich an keiner Krankheit habe oder an Krankheit leide, die das normale Führen eines Fahrzeugs der Klasse oder Unterkategorie der Gruppe 2, auch nicht vorübergehend, verhindern oder behindern könnte.

Unterschrift

Datum: ____ . ____ . ____

Die in diesem Formular gemäß den Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 über Führerscheine eingegebenen Daten werden für die Verwaltung der medizinischen Untersuchungen im Hinblick auf den Erhalt eines Führerscheins durch und unter der Verantwortung von ATTENTIA Prävention & Schutz, Außendienst für Prävention und Schutz, verarbeitet. Wenn Sie auf die Sie betreffenden Daten zugreifen und gegebenenfalls eine Berichtigung beantragen möchten, wenden Sie sich bitte an ATTENTIA Prävention & Schutz, Außendienst für Prävention und Schutz.

N08_010905_N_Selbstdeklaration Kandidat Führerschein Gruppe