

Anlage

BGBl. II - Ausgegeben am 22. August 2011 - Nr. 280

1 von 1

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: _____