

Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname, Geburtsdatum

Hinweis nach § 12 (2) Datenschutzgesetz NW:

Das Erfassen, Speichern und Verändern dieser personenbezogenen Daten ist nach § 12 (1) und 13 (1) DSGVO in Verbindung mit § 2 StVG und § 11 Abs 1 FeV zulässig, da die Straßenverkehrsbehörde prüfen muss, ob Bedenken gegen die gesundheitliche Eignung des Antragstellers/der Antragstellerin bestehen.

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind jedoch freiwillig (§ 26 (2) Satz 1 u. 2 VwVfG NW) Bei Bedenken gegen die gesundheitliche Eignung kann allerdings die Vorlage eines amts- oder fachärztlichen Zeugnisses gefordert werden (§ 11 Abs. 2 FeV).

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---|
| 1. Fehlen Ihnen Gliedmaße ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Welche? (z. B. rechte Hand, linker Arm) |
| 2. Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Worin besteht die Behinderung? |
| 3. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Tabletteneinnahme erforderlich |
| | | <input type="checkbox"/> | Einspritzungen erforderlich |
| 4. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung?
(z. B. Herz-, Nieren-, Leber- oder Bluthochdruck oder sonstiges) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wegen welcher? |
| 5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wann? |
| 6. Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankung in einer Krankenanstalt, einem Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt worden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wann und wo? |
| 7. Leiden oder litten Sie an epileptischen Anfällen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 8. Leiden oder litten Sie an Ohnmachtsanfällen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 9. Leiden oder litten Sie an Bewußtseinsstörungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 10. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 11. Sind Sie gehörlos oder schwerhörig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 12. Tragen Sie ein Hörgerät? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 13. Sind oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel - Alkoholmissbrauch. Rauschgiftgenuß) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie deswegen eine Entziehungskur gemacht. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wann und wo? |

Ich versichere, dass meine Angaben zu vorstehenden Fragen der Wahrheit entsprechen.
Mir ist bekannt, dass eine aufgrund falscher Angaben erteilte Fahrerlaubnis entzogen werden kann.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in