

Antrag auf: Ersterteilung Erweiterung Änderungsantrag
 Neuerteilung (nach Entzug) Umschreibung NON EU (nur nach Terminvereinbarung)

der Fahrerlaubnisklasse(n) _____ auf Klasse(n) _____ Begleitetes Fahren mit 17 mit ___ Begleitern

| | | |
|---------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Geburtsdatum | | <input type="checkbox"/> Gebührenbescheid zusenden (an Antragsteller) |
| Geburtsname | | <input type="checkbox"/> Überweisung (nur durch Fahrschulen!) Beleg beigefügt |
| Familienname | | Von der Fahrerlaubnisbehörde auszufüllen |
| Vorname | | <input type="checkbox"/> Antragsgebühr |
| Geburtsort | | <input type="checkbox"/> 5,10 Meldedaten |
| Staatsangehörigkeit | | <input type="checkbox"/> 5,10 für ___ Begleiter |
| Straße, Hausnummer | | <input type="checkbox"/> 9,00 BF17 Bescheinigung |
| PLZ, Wohnort | | Gebühren (€) bezahlt am |
| Email/Telefon | | Eintragung im FAER |
| | | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> zeitnah |

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt gemäß StVG und der FeV i. V. m. dem VwVfG NW.

Ich bin im Besitz einer ausländischen Fahrerlaubnis nein ja

Ich möchte die Schlüsselzahl 197 eingetragen haben nein ja

Ich möchte die Schlüsselzahl 78 eingetragen haben (NUR Automatikfahrzeuge) nein ja

Die Fahrerlaubnis wurde mir schon einmal entzogen/versagt. nein ja

NUR Bei **Altinhabern** der **Klasse 3**: Eintrag Klasse T (Bitte die Erklärung für Klasse T beifügen.) nein ja

Angaben über den Gesundheitszustand:

Liegen gesundheitliche Beeinträchtigungen vor? Wenn „ja“, bitte Seite 4 beachten nein ja

Umschreibungen ausländischer Fahrerlaubnisse sind nur nach vorheriger Online-Terminvereinbarung möglich! <https://termine.kreis-borken.de>

Fahrschule

Fahrschule am Vorpark
 Inh. Alwin Prenger-Berninghoff
 Peppermühl 18
 48249 Dülmen
 Tel.: 02594-7928058
 Fax: 02594-949484
 E-Mail: info@bikers-school.de
 Internet: www.bikers-school.de
 Fahrschulnummer 33312 TÜV Nord,
 Rudolf-Diesel-Str. 5-7, 48157 Münster
 Prüfort: 48653 Coesfeld

Anlagen:

- ein aktuelles biometrisches Passfoto (max. 1 Jahr alt, 35 - 45 mm)
- Unterschrift auf Seite 3
- Nachweis über die Schulung in Erster Hilfe nach § 19 FeV (Original)
- Führerscheines (Vorder- und Rückseite, Kopie)
- Kopie Ausweisdokument (Vorder- und Rückseite, Kopie)

Bei den Klassen A1, A2, A, B, BE, AM, L, und T

- Sehtestbescheinigung nach § 12 Abs. 2 FeV i. V. m. Anlage 6 zur FeV (Original)

Bei den Klassen C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D und DE

- Zeugnis oder Gutachten über die körperliche oder geistige Eignung nach Maßgabe der Anlage 5 zur FeV (Original)
- Zeugnis oder Gutachten eines Augenarztes nach § 12 Abs. 6 FeV i. V. m. Nr. 2.2 der Anlage 6 zur FeV (Original)
- Bei den Klassen D, D1, DE und D1E ist gem. Nr. 2 der Anlage 5 zur FeV ein Fitness-Check erforderlich (Original)
- behördliches Führungszeugnis (Beleg-Art 0) bei D-Klassen oder Neuerteilung

Sprache Theorie-Prüfung
 (wenn nicht auf Deutsch ODER Audio)

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben die Entziehung bzw. Versagung der Fahrerlaubnis und eine Bestrafung nach sich ziehen können. Gleichzeitig erkläre ich hiermit, dass ich meinen Antrag als erledigt betrachte und die von mir für die Antragserledigung gezahlten Gebühren als verfallen ansehe, wenn ich die entsprechende Fahrerlaubnisprüfung innerhalb von 12 Monaten nach Eingang des Prüfauftrages bei der zuständigen Technischen Prüfstelle nicht beginnen bzw. die theoretische Prüfung nicht erfolgreich bestehen sollte. Gleiches gilt, wenn ich die praktische Prüfung innerhalb von 12 Monaten nach zuvor bestandener theoretischer Prüfung nicht erfolgreich bestehe (siehe auch § 22 Abs. 5 FeV). Ebenso wird der Antrag hinfällig, wenn die erforderlichen Unterlagen nicht innerhalb von 12 Monaten nach Antragstellung beigebracht werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

- An Stelle dieser Bescheinigung durch die örtliche Behörde, können die Meldedaten auch durch die Führerscheinstelle geprüft werden – dafür fällt eine Verwaltungsgebühr i. H. v. 5,10 € an –

Örtliche Behörde
(Bürgerbüro Ihrer Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung)

Ort, Datum

An den
Kreis Borken
-Fachbereich 36.4-
Burloer Str. 93
46325 Borken

Die umseitigen Angaben, insbesondere die Personalangaben und Unterschrift, sind geprüft und werden bestätigt.

Der/Die Antragsteller/in erfüllt die Erteilungsvoraussetzung eines ständigen (mindestens 185-tägigen) Aufenthaltes/Wohnens im Inland (§ 7 FeV); er/sie ist hier seit (dem) _____ ununterbrochen aufhältig/gemeldet.

Es ist dort abschließend zu prüfen, ob der/die Antragsteller/in die Erteilungsvoraussetzungen des § 7 FeV erfüllt; er/sie ist hier am _____ aus _____ zugezogen.

Das beigefügte Lichtbild aus neuerer Zeit stellt den/die Antragsteller/in dar. Es sind keine/folgende Tatsachen, die der Erteilung der Fahrerlaubnis entgegenstehen, bekannt (z.B. Vorstrafen, körperliche Gebrechen usw. -ggf. ausführlichen Bericht auf besonderem Blatt beifügen):

Verwaltungsgebühr: _____ €

Unterschrift



Mittig im Rahmen unterschreiben, ohne den Rand zu berühren

Unterschrift

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte unterschreiben Sie mittig im schwarzen Kasten mit einem schwarzen Stift, ohne den Rand zu berühren.

Hinweis:

In der Regel wird der Kartenführerschein erst dann bestellt, wenn alle beantragten Klassen erteilt wurden. Bis zu seiner Fertigstellung kann Ihnen - gegen Gebühr - eine auf drei Monate befristete Fahrberechtigung ausgestellt werden.

Gesundheitsfragebogen:

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 zulässig, da die Straßenverkehrsbehörde prüfen muss, ob Bedenken gegen die gesundheitliche Eignung des Antragsstellers/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 FeV).

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen? | <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, | |
| 4. a) Liegt bei Ihnen ein anderes organisches Leiden vor? (z.B. Herz-, Nieren-, Leber- oder Blutgefäßerkrankungen, Bluthochdruck oder sonstiges) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Welches? _____ |
| b) Wenn ja, stehen oder standen Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wegen welcher Krankheit? _____ |
| 5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wann? _____ |
| 6. Werden bzw. wurden Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankungen in einer Krankenanstalt, einem Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt? | <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. Bestehen Einschränkungen des Sehvermögens? (z.B. Farben- oder Nachtblindheit) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Welche? _____ |
| 14. 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 falsche Angaben die Entziehung bzw. Versagung der Fahrerlaubnis und eine Bestrafung nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in