



**Fahrerlaubnisantrag**  
**Ersterteilung/Erweiterung/**  
**Umschreibung außerhalb EU/EWR**



**Region Hannover**

Familienname:	Ggf. Geburtsname und frühere Namen:
Vorname:	Straße und Hausnummer:
Geburtsdatum, Geburtsort:	Postleitzahl und Wohnort:
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	Wohnsitz in Deutschland seit: <input type="checkbox"/> der Geburt <input type="checkbox"/> dem:
Behördenvermerke (Gebühr _____ €):	Ich bin zu erreichen unter (freiwillige Angabe): <input type="checkbox"/> E-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Telefon: _____ <small>(tagsüber erreichbar)</small>

<input type="checkbox"/> Ersterteilung	<input type="checkbox"/> Erweiterung	<input type="checkbox"/> Umschreibung Führerschein eines Staates außerhalb der EU/EWR
<input type="checkbox"/> BF 17 mit _____ Begleitpersonen (bitte senden Sie neben dem Antrag die Beiblätter zu)		
<input type="checkbox"/> Eintragung Schlüssel 95 Die Berufskraftfahrerqualifizierung nach dem BKrFQG habe ich erfolgreich absolviert. Einen entsprechenden Nachweis füge ich dem Antrag bei.		

Ich beantrage die Fahrerlaubnis für die Klasse(n)  
 (bitte kreuzen Sie die gewünschten Klassen in der Tabelle an):

<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> B96	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> T
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	
<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> DE	

- Für die theoretische Eignungsprüfung benötige ich Audio-Unterstützung (Kopfhörer). Eine Bescheinigung des Arztes/der Schule lege ich dem Antrag bei.
- Für die Eintragung der Klasse B96 lege ich dem Antrag einen Ausbildungsnachweis bei.
- Bei einem Erweiterungsantrag, bei gleichzeitiger Umstellung der bis zum 31.12.1998 gültigen Klassen, beantrage ich die Eintragung der  Klasse T und/oder des Rechts  CE79 (ab dem 50. Lebensjahr ist die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erforderlich).

**Sie erhalten nach Antragseingang eine Rechnung. Mit der Bearbeitung des Antrags wird erst begonnen, wenn der Gebührenvorschuss entrichtet ist!**

**Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers:**

Die Ausbildung erfolgt bei nachstehend genannter Fahrschule (Stempel Fahrschule):

Ich besitze / besaß eine Fahrerlaubnis (Angabe aller erteilten Fahrerlaubnisse – auch ausländische)

Klasse(n)	ausgestellt am	durch	Führerscheinnummer
Durch das Gericht/die Behörde besteht eine Sperrfrist bis zum: _____			

Ich habe  
 keine  eine  
Fahrerlaubnis in einem EU-/EWR-Mitgliedsstaat beantragt.

Ggf. Klasse(n)	Bei welcher Behörde	In welchem Staat

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben sowie bei einem **Antrag auf Erweiterung/Umschreibung**, dass ich im Besitz der zugrundeliegenden Fahrerlaubnis bin und kein behördliches oder gerichtliches Entziehungsverfahren anhängig ist, bei einem **Antrag auf Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis**, dass diese gültig ist und mir nicht das Recht aberkannt worden ist, von ihr in Deutschland Gebrauch zu machen.

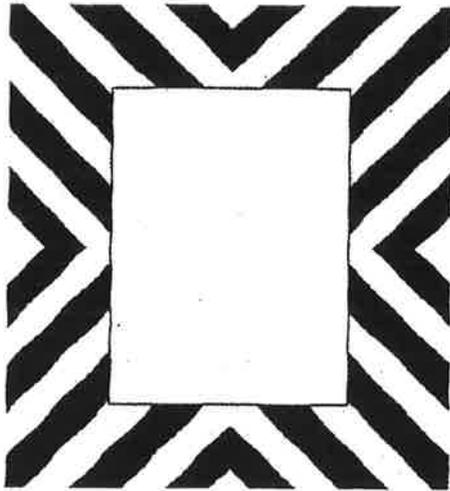
Hiermit verzichte ich für den Fall der Erteilung einer entsprechenden deutschen Fahrerlaubnis unwiderruflich auf die oben bezeichnete mir erteilte bzw. von mir beantragte EU-/EWR-Fahrerlaubnis.

Der **Antrag** wird als **erledigt** angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Erteilung des Prüfauftrages die theoretische Prüfung bestanden wird (bzw. die praktische Prüfung, sofern keine theoretische Prüfung erforderlich ist) oder wenn nicht innerhalb eines Jahres nach Bestehen der theoretischen Prüfung die praktische Prüfung bestanden wird. Der Gebührenvorschuss verfällt in diesem Fall. Im Übrigen gilt die Verwaltungsgebühr als endgültig festgesetzt, wenn dem Antrag stattgegeben oder der Antrag durch Rücknahme oder Verjährung erledigt ist.

Den **Antrag** sehe ich ebenfalls als **erledigt** und den eingezahlten **Gebührenvorschuss als verfallen** an, wenn ich die beantragte Fahrerlaubnis innerhalb eines Jahres ab Antragstellung nicht erhalten habe oder bei Erfordernis einer Prüfung (theoretische und/oder praktische Fahrprüfung) der Prüfauftrag innerhalb eines Jahres ab Antragstellung nicht erteilt worden ist.

Weiter sehe ich den Antrag als erledigt an, wenn ich den **Gebührenvorschuss nicht innerhalb von 6 Monaten** nach Antragstellung eingezahlt habe.

Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass es sich bei diesem Formular um ein allgemeines Antragsformular handelt. Für die einzelnen Antragsarten gibt es ergänzende **Informationsblätter**.



Bitte kleben Sie Ihr **biometrisches Lichtbild** in die Mitte des Platzhalters und unterschreiben Sie im Unterschriftenfeld. Bitte achten Sie darauf, dass Ihre **Unterschrift nicht über die innere Umrandung** des Unterschriftenfeldes hinausragt.

### Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand

Nach § 22 Abs. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Anlage wahrheitsgemäß auszufüllen. Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen Ihre Eignung begründen, wird ein Überprüfungsverfahren über Ihre Kraftfahreignung eingeleitet. Im Rahmen eines Überprüfungsverfahrens haben Sie die Kosten für ärztliche Gutachten und für das Verwaltungsverfahren zu tragen.

Bei mir liegt eine

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Schwerhörigkeit / Gehörlosigkeit / Gleichgewichtsstörung      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bewegungsbehinderung (z. B. von Gliedmaßen)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Herz- und / oder Gefäßkrankheit (z. B. hoher Blutdruck)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zuckerkrankheit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krankheit des Nervensystems (z. B. Störung der Hirntätigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. psychische (geistige) Störung (z. B. Psychose)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nierenerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

vor.

8. Ich bin bzw. war wegen einer Suchtkrankheit

- Konsum von Alkohol
- Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimittel
- in ambulanter       in stationärer

Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift