



Hier bitte den Aufheber mit dem Lichtbild und der Unterschrift aufbringen.

**Fahrerlaubnis – Antrag**

- Ersterstellung  
 Verlängerung

- Erweiterung  
 Begleitetes Fahren mit 17

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Erteilung/Verlängerung der Fahrerlaubnis der Klasse/n:**

AM	A1	A2	A	B	BE	C1	C1E
C	CE	D1	D1E	D	DE	L	T

- Ich beantrage die Eintragung der Schlüsselzahl 95 und füge den Nachweis der Grundqualifikation/Weiterbildung bei.  
 Ich beantrage die Eintragung der Schlüsselzahl 197.  
 Ich möchte die Fahrprüfung mit einem Kraftfahrzeug mit Automatik-Getriebe ablegen  
 Ich beantrage eine Audio-Unterstützung in deutscher Sprache für die Theoretische Prüfung (ärztl. od. schulische Bescheinigung ist beizufügen)  
 Prüfungssprache (wenn nicht Deutsch): \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_  
 Klasse(n) \_\_\_\_\_  
 Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
 Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

**Bei einem Antrag auf Erweiterung der Fahrerlaubnis:**

- bei Klasse C, CE, C1, C1E, D, DE, D1, D1E zusätzlich:  
 Kopie des gültigen Personalausweis, Reisepass oder des ausländerrechtlichen Dokuments  
 1 biometrisches Lichtbild ohne Kopfbedeckung (35 x 45 mm)  
 Nachweis der Ausbildung in Erster Hilfe  
 Sehstest einer amtlich anerkannten Sehstelle bzw. Zeugnis oder Gutachten, z. B. eines Augenarztes  
 Anlagen zu BF 17  
 bei Klasse D, DE, D1, D1E zusätzlich:  
 ärztliche Bescheinigung (Anlage 5 zu § 11 Abs. 9 FeV)  
 augenärztliche Bescheinigung (Anlage 6 zu § 12 FeV)  
 Leistungsstest (Anlage 5 zu § 11 Abs. 9 FeV)  
 Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (§ 30 Abs. 5 Satz 1 BZRG)

**Gesundheitsangaben**

- Ich trage im Straßenverkehr eine Brille/Kontaktlinsen.  
 ja  
 nein

Körperliche/geistige Beeinträchtigungen hatte bzw. habe ich.  
 (z. B. Kopf- oder Gehirnerkrankungen, Verlust eines Auges, Verletzung von Gliedmaßen, Geisteskrankheit, Epilepsie, Schwerhörigkeit, Herz- und Kreislaufstörungen, Farbschwäche, Zuckerkrankheit, andere Gebrechen, ggf. Art angeben)  
 ja (bitte weitere Angaben)  
 nein

Ich bin/war drogen-, alkohol-, medikamentenabhängig.  
 ja  
 nein

Ich bin Konsument von Rauschmitteln.  
 (z. B. Cannabis, Amphetamin, Kokain, Heroin).  
 ja  
 nein

Ich habe mich einer Suchtbehandlung unterzogen.  
 ja (bitte weitere Angaben)  
 nein  
 Zeitraum, Institution \_\_\_\_\_

**Anlagen**

- Kopie des gültigen Personalausweis, Reisepass oder des ausländerrechtlichen Dokuments  
 1 biometrisches Lichtbild ohne Kopfbedeckung (35 x 45 mm)  
 Nachweis der Ausbildung in Erster Hilfe  
 Sehstest einer amtlich anerkannten Sehstelle bzw. Zeugnis oder Gutachten, z. B. eines Augenarztes  
 Anlagen zu BF 17  
 bei Klasse C, CE, C1, C1E, D, DE, D1, D1E zusätzlich:  
 ärztliche Bescheinigung (Anlage 5 zu § 11 Abs. 9 FeV)  
 augenärztliche Bescheinigung (Anlage 6 zu § 12 FeV)  
 Leistungsstest (Anlage 5 zu § 11 Abs. 9 FeV)  
 Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (§ 30 Abs. 5 Satz 1 BZRG)