Antrag auf Erteilung/Verlängerung der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

☐ Erstersteilung ☒ Verlängerung

Geburtstag:	
Geburtsname:	
Familienname:	
Vorname:	

Geburtsort:	
Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	

Ich beantrage die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für

☐ **Taxen** ☐ **Mietwagen** ☐ **Krankenkraftwagen** ☒ **PKW im Linienverkehr**

☐ **PKW für gewerbsmäßige Ausflugsfahrten od. Ferienziel-Reisen**

Anlagen:

- ☐ Kopie des Personalausweises
- ☐ augenärztliches Gutachten
- ☐ Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung gem. § 11 Abs. 9 FeV
- ☐ Nachweis über Kurs „Erste Hilfe“ (bei Erstersteilung)
- ☐ Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners oder einer amtlich zugelassenen Begutachtungsstelle für Fahreignung gem. Anlage 5 Ziff.2 zur FeV (bei Erstersteilung bzw. Verlängerung, wenn der Antragsteller das 60.Lebensjahr vollendet hat)
- ☐ Karteikartenabschrift der letzten Ausstellungsbehörde (wenn nicht Kreis Steinfurt, bei Erweiterung)
- ☐ Führungszeugnis – nicht älter als 3 Monate
- ☐ Gebührennachweis
- ☐ Kopie der bisherigen Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (bei Erweiterung)

Vergessen Sie bitte nicht die Gesundheitsfragen auf der Rückseite zu beantworten!

Ort, Datum **Unterschrift des Antragstellers**

KREIS STEINFURT

Angaben über den Gesundheitszustand:

Nach §22 Abs.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Fragen auszufüllen. Ihre Angaben sind jedoch freiwillig.

1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

2. Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule gelähmt oder versteift? ☐ Nein ☐ Ja, _____
   Worin besteht die Behinderung? _____

3. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Tabletteneinnahme erforderlich ☐ Injektionen erforderlich

4. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung? (z.B. Herz, Nieren, Leber, etc.) ☐ Nein ☐ Ja, wegen _____

5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen? ☐ Nein ☐ Ja, wann?_____

6. Sind Sie wegen einer nervlichen oder geistigen Erkrankung behandelt worden? ☐ Nein ☐ Ja, wann / wo?_____

7. Leiden / litten Sie an epileptischen Anfällen? ☐ Nein ☐ Ja

8. Leiden / litten Sie an Ohnmachtsanfällen? ☐ Nein ☐ Ja

9. Leiden / litten Sie an Bewusstseinsstörungen? ☐ Nein ☐ Ja

10. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände? ☐ Nein ☐ Ja

11. Sind Sie schwerhörig oder gehörlos? ☐ Nein ☐ Ja

12. Tragen Sie ein Hörgerät? ☐ Nein ☐ Ja

13. Sind Sie oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkohol-, Rauschgift-, genuss) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie eine Entziehungskur gemacht? ☐ Nein ☐ Ja, welche Suchtkrankheit, wann / wo in Behandlung? _____

Sonstiges:

_____

☐ Ich möchte die Gesundheitsfragen nicht beantworten. Mir ist bekannt, dass das spätere Bekanntwerden von Eignungsmängeln fahrerlaubnisrechtliche Maßnahmen und erhebliche Kosten nach sich ziehen kann.
Ich bin mir meiner Eigenverantwortlichkeit nach § 2 Abs.1 FeV bewusst.

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

_____ _____
Datum Unterschrift

_____ _____
Behörde Datum

Antrag auf

Erteilung / Verlängerung der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Urschriftlich mit allen Anlagen übersandt an den

Kreis Steinfurt
Straßenverkehrsamt
36/2 Führerscheine
Tecklenburger Str. 10

48565 Steinfurt

Eingangsstempel Kreis Steinfurt

Die Personen-Daten wurden überprüft.
Aus Sicht der Ortsbehörde bestehen keine Bedenken gegen die Erteilung einer Fahrerlaubnis.

im Auftrag