

## Angaben über meinen Gesundheitszustand

Ich habe folgende körperliche  
oder geistige Beeinträchtigungen

Ich habe keine körperlichen oder  
geistigen Beeinträchtigungen

(z.B. Kopf/Gehirnverletzung, Verlust eines Auges,  
Amputation von Gliedmaßen, Epilepsie, Schwerhörigkeit,  
Diabetes, Abhängigkeit, Psychose)

---

(bitte hier die Art der körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung angeben)

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

Konsument von Rauschmitteln (z.B. Cannabis, Heroin)  ja  nein

Ich habe mich einer Entziehungskur/ Entwöhnungsbehandlung unterzogen

ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nein

Mir ist bekannt, dass ich zur Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht verpflichtet bin und dass von Amts wegen im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes weitere Ermittlungen durchgeführt werden können.

Ich versichere die Richtigkeit vorstehender Angaben. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben die Entziehung der Fahrerlaubnis rechtfertigen.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**