



Eigene Erklärung Bewerber(in) um den Führerschein der Gruppe 2

- Füllen Sie bitte dieses Formular aus und bringen Sie es mit am Tag Ihrer Untersuchung durch den Arzt.
- Sie finden es auch auf der Website von Medex : www.medex.belgium.be (unter „Fahrer“)
- Contactcenter: 02/524 97 97

1. Angaben zum Bewerber / zur Bewerberin

Nr. des Nationalregisters

Name

Vorname

2. Führerscheinbezogene Angaben

Klasse und/oder Unterklasse des jetzigen Führerscheins

A3 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E(*)

(*) Zutreffendes ankreuzen

Ausgestellt zu Nr. :

Gültig bis zum: / / 20

Bewerber(in) um den für die Klasse gültigen Führerschein

Gegebenenfalls:

Datum der Voruntersuchung: / / 20

Name des untersuchenden Arztes:

3. Von dem Bewerber/der Bewerberin auszufüllender Fragebogen (zutreffendes bitte ankreuzen)

	JA	NEIN
1. Sind oder waren Sie wegen einer Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems, einer Hirnblutung, eines Hirnschadens, einer Schädelfraktur, eines Komats in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind oder waren Sie wegen schwerer Störungen Ihres Urteils-, Wahrnehmungs-, Anpassungsvermögens oder einer Störung der psychomotorischen Reaktionen in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind oder waren Sie wegen einer Geisteskrankheit oder einer psychiatrischen Erkrankung in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie große Anpassungsschwierigkeiten, die sich beispielsweise in einem unangemessenen Verhalten im Straßenverkehr, dem Eingehen übertriebener Risiken, einem unkontrollierten Verhalten äußern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind oder waren Sie wegen Epilepsie, Verminderung des Bewusstseins, plötzlicher Bewusstlosigkeit von kurzer oder langer Dauer, plötzlicher Lähmung, Schwindel oder Störungen des Gleichgewichts in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie tagsüber an anormaler Müdigkeit oder neigen Sie zur Schläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schnarchen Sie laut im Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind oder waren Sie wegen einer Herz- oder Gefäßkrankheit, Rhythmus- und Überleitungsstörungen, Herzinfarkt, Hypertonie in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie sich einer Herzoperation unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fehlt Ihnen der normale Gebrauch eines Arms, einer Hand und/oder eines Fingers, eines Beins und/oder eines Fußes oder der zugehörigen Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sind oder waren Sie wegen Zuckerkrankheit in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sind oder waren Sie wegen einer Augenkrankheit bei einem Augenarzt in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie sich einer Augenoperation oder einer Laserbehandlung unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ist Ihr Sehvermögen, Ihre Sehschärfe und/oder Ihr Gesichtsfeld beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist Ihr Sehvermögen im Dämmerlicht oder bei Dunkelheit eingeschränkt oder unzureichend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sind Sie alkohol-, drogen- oder arzneimittelabhängig oder sind Sie deswegen in Behandlung gewesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Nehmen Sie Medikamente ein, die das Bewusstsein, die Wahrnehmung, das Urteilsvermögen oder das normale Funktionieren beeinflussen können, wie Tranquillizers, Schlafmittel, Stimulanzien, Antidepressiva oder andere Psychopharmaka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Leiden Sie an einer Leber- oder Nierenkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Haben Sie sich einer Organtransplantation oder einer anderen künstlichen Implantation unterzogen, die Ihre Fahreignung beeinflussen könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich, Unterzeichnete(r), erkläre auf Ehre und Gewissen, oben erwähnte Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und nicht von einer anderen Krankheit oder irgendeiner Erkrankung befallen zu sein, die das normale Führen eines Kraftfahrzeuges einer Klasse oder Unterklasse der Gruppe 2 selbst vorübergehend verhindern oder beeinträchtigen könnte.

Datum: / / 20

Unterschrift des Bewerbers / der Bewerberin: