



# SUHL

Zuständige Stelle:

Stadtverwaltung Suhl  
Ordnungs- und Bürgeramt  
Friedrich-König-Straße 42  
98527 Suhl

E-Mail: [ordnungsamt@stadtsuhl.de](mailto:ordnungsamt@stadtsuhl.de)

## Gesundheitsfragebogen

Die Fahrerlaubnisbehörden müssen nach § 2 Straßenverkehrsgesetz (StVG) i.V.m. § 46 Fahrerlaubnisverordnung (FeV) unter anderem prüfen, ob Bedenken gegen die gesundheitliche Eignung des Antragstellers bestehen.

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind jedoch freiwillig (§ 26 Abs. 2 VwVfG). Bei Bedenken gegen Ihre gesundheitliche Eignung kann allerdings die Vorlage eines amts- oder fachärztlichen Gutachtens gefordert werden (§ 11 Abs. 2 FeV).

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Fehlen Ihnen Gliedmaßen?

☐ Nein ☐ Ja

\_\_\_\_\_  
Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule verletzt, gelähmt oder versteift?

☐ Nein ☐ Ja

\_\_\_\_\_  
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit?

☐ Nein ☐ Ja

\_\_\_\_\_  
Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung (z.B. Herz-, Nieren-, Leber- oder Blutgefäßerkrankungen, Bluthochdruck oder sonstiges)?

☐ Nein ☐ Ja

\_\_\_\_\_  
Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?

☐ Nein ☐ Ja

\_\_\_\_\_  
Sind Sie wegen nervlicher oder geistiger Erkrankungen in einer Krankenanstalt, einem Krankenhaus oder einem Sanatorium behandelt worden?

☐ Nein ☐ Ja

Leiden oder litten Sie an epileptischen Anfällen?

☐ Nein ☐ Ja

---

Leiden oder litten Sie an Ohnmachtsanfällen?

☐ Nein ☐ Ja

---

Leiden oder litten Sie an Bewusstseinsstörungen?

☐ Nein ☐ Ja

---

Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände?

☐ Nein ☐ Ja

---

Sind Sie gehörlos oder schwerhörig?

☐ Nein ☐ Ja

---

Tragen Sie ein Hörgerät?

☐ Nein ☐ Ja

---

Sind oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel, Alkoholmissbrauch, Rauschgiftgenuss) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie deswegen eine Entziehungskur gemacht?

☐ Nein ☐ Ja

---

Leiden oder litten Sie an Tagesschläfrigkeit?

☐ Nein ☐ Ja

---

An welchen sonstigen Erkrankungen leiden Sie?

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift