

Ich trage im Straßenverkehr eine Brille/Kontaktlinsen  ja  nein

Körperliche und/oder geistige Besonderheiten hatte bzw. habe ich  
(z.B. Kopf- oder Gehirnverletzungen, Verlust eines Auges, Amputation  
oder Versteifung von Gliedmaßen, Geisteskrankheit, Diabetes, Herz- und  
Kreislaufstörungen, Farbsinnstörungen oder andere Gebrechen;  
ggf. Art und Prozentsatz angeben)  ja  nein

wenn ja, welche?:

---

---

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

Ich bin/war Konsument von Rauschmitteln  
(z.B. Cannabis, Heroin)  ja  nein

Ich habe mich einer Suchtbehandlung unterzogen  ja  nein

wenn ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift