

Mit der Bearbeitung wird erst begonnen, wenn der Gebührenvorschuss entrichtet ist!

Antrag auf Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis

Eingangsstempel	
	FS-Nr.

Ich beantrage eine Fahrerlaubnis der unten angekreuzten Klassen als

<input type="checkbox"/> Umschreibung einer ausländischen Fahrerlaubnis:			Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Doktorgrad
<input type="checkbox"/> theoretische Prüfung <input type="checkbox"/> praktische Prüfung			Familiennamen		
<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> A	Vornamen (sämtliche, Rufnamen <u>nicht</u> unterstreichen)		
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> B 96	Geburtsname, falls abweichend vom Familiennamen		
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> AM	ggf. Künstlername		
<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E		ggf. Ordensname/n		
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> DE		ggf. sonstige frühere Namen		
<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D1E	<input type="checkbox"/> beglaubigte Kopie ausgehändigt	Geburtsdatum	Geburtsort	
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> SZ 95, BKrFQG nur auf Antrag	<input type="checkbox"/> vorläufige Fahrberechtigung	Straße und Hausnummer		
			Postleitzahl, Wohnort		
Umschreibende ausländische Fahrerlaubnis aus:		Gebührenvorschuss: _____ €	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		
			Wohnsitz in Deutschland seit <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> dem		
<input type="checkbox"/> Audioprüfung (nur in deutsch)			Ablauf der Sperrfrist am		
Prüfung wird in folgender Sprache abgelegt: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> italienisch <input type="checkbox"/> russisch <input type="checkbox"/> englisch <input type="checkbox"/> kroatisch <input type="checkbox"/> spanisch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> polnisch <input type="checkbox"/> türkisch <input type="checkbox"/> griechisch <input type="checkbox"/> portugiesisch <input type="checkbox"/> hocharabisch <input type="checkbox"/> rumänisch			tagsüber telefonisch erreichbar unter Tel.-Nr.		

Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers				
Ich <input type="checkbox"/> besitze <input type="checkbox"/> besaß die Fahrerlaubnis/den Führerschein (hier sind alle erteilten Fahrerlaubnisse - auch die im Ausland erteilten Fahrerlaubnisse anzugeben).				
Klasse/n	ausgestellt am	durch	Listennummer	Vordrucknummer
Klasse/n	ausgestellt am	durch	Listennummer	Vordrucknummer
Klasse/n	ausgestellt am	durch	Listennummer	Vordrucknummer
Falls erforderlich, erfolgt die Ausbildung bei nachstehend genannter Fahrschule			zuständiger TÜV	

Allgemeine Öffnungszeiten
Mo - Fr 08.00 - 12.00 Uhr
Mo - Do 13.30 - 15.30 Uhr
sowie nach Vereinbarung
Zulassungsstelle, Soziale Leistungen
www.landkreis-cuxhaven.de

Allgemeiner Kontakt
Telefon (04721) 66 0
Telefax (04721) 66 20 40
info@landkreis-cuxhaven.de
www.landkreis-cuxhaven.de

Bankverbindungen
KSK Wesermünde-Hadeln, Kto 155 000 551, BLZ 292 501 50
SSK Cuxhaven, Kto 100 008, BLZ 241 500 01
Voba. Stade-Cuxhaven eG, Kto 123 618 000, BLZ 241 910 15
Postbank Hamburg, Kto 936 26-204, BLZ 200 100 20

IBAN
DE91 2925 0150 0155 0005 51
DE95 2415 0001 0000 1000 08
DE10 2419 1015 0123 6180 00
DE52 2001 0020 0093 6262 04

BIC
BRLADE21BRK
BRLADE21CUX
GENODEF1SDE
PBNKDEFF

Freiwillige Angaben über den Gesundheitszustand			
Schwerhörigkeit/Gehörlosigkeit/Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychische (geistige) Störung (z. B. Psychose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bewegungsbehinderung (z. B. von Gliedmaßen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herz- und/oder Gefäßkrankheiten (z. B. hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin bzw. war wegen einer Suchtkrankheit - Konsum von Alkohol - Konsum von Betäubungsmitteln, Missbrauch anderer psychoaktiv wirkender Stoffe oder Arzneimittel in ambulanter Behandlung bzw. stationärer Therapie vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankheit des Nervensystems (z. B. Störungen der Hirntätigkeit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben sowie bei einem Antrag auf **Umschreibung**, dass ich im Besitz der zugrunde liegenden gültigen Fahrerlaubnis bin und kein behördliches oder gerichtliches Entziehungsverfahren anhängig ist. Mit der Überprüfung der Echtheit des Führerscheins bin ich einverstanden.

Hiermit verzichte ich, für den Fall der Erteilung einer entsprechenden deutschen Fahrerlaubnis, unwiderruflich auf die umseitig bezeichnete, mir erteilte Fahrerlaubnis und verpflichte mich, diesen ausländischen Führerschein bei der Antragstellung abzugeben.

Der Antrag wird als erledigt angesehen, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Erteilung des Prüfungsauftrages die theoretische Prüfung oder, wenn keine theoretische Prüfung erforderlich ist, anderenfalls innerhalb eines Jahres nach Bestehen der theoretischen Prüfung, die praktische Prüfung bestanden wird. Die in dem Kostenvorschuss enthaltene Antragsgebühr verfällt in diesem Fall. Im Übrigen gilt die Gebühr in Höhe des Kostenvorschusses als endgültig festgesetzt, wenn dem Antrag stattgegeben oder der Antrag durch Rücknahme oder Verjährung erledigt ist.

Ort, Datum, Unterschrift

Empfangsbestätigung

Der Empfang des Führerscheines wird hiermit bestätigt.

Cuxhaven, den _____

Unterschrift

Antragsunterlagen für alle Arten von Fahrerlaubnissen:

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Personalausweis/Pass | 7. Ärztliche Bescheinigung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr) | 12. Karteikartenabschrift, wenn der letzte Führerschein von einer auswärtigen Behörde ausgefertigt worden war. |
| 2. Neues gesichtsbiometrisches Lichtbild (45x35 mm) | 8. Gutachten einer Ärztin/eines Arztes mit der Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin" oder der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" bzw. Gutachten einer Begutachtungsstelle für Fahreignung über die körperliche und geistige Eignung (nicht älter als ein Jahr) | 13. Meldebescheinigung aus neuester Zeit |
| 3. Sehtestbescheinigung (nicht älter als zwei Jahre) | 9. Führungszeugnis der Belegart "0" (zu beantragen bei der Wohnsitzgemeinde) | 14. Meldebescheinigung über die 1. Anmeldung in der BRD oder Registriererschein (vollständige Kopie) |
| 4. Zeugnis oder Gutachten einer Augenärztin/eines Augenarztes (nicht älter als zwei Jahre) | 10. Original des ausländischen Führerscheins | 15. Nachweis über den Auslandsaufenthalt (mindestens 185 Tage), bei Personen, die zum Zeitpunkt der Erteilung des ausländischen Führerscheins den Wohnsitz im Inland hatten (z. B.: beruflich bedingter Auslandsaufenthalt, Studenten oder Schüler) |
| 5. Bescheinigung über die Teilnahme an einer Unterweisung in lebensrettenden Sofortmaßnahmen (gültig ab 01.07.1991) | 11. Original der Übersetzung des ausländischen Führerscheines | 16. Wiedereinreise in die BRD |
| 6. Bescheinigung über die Teilnahme an einer Ausbildung in Erster Hilfe (gültig ab 01.07.1991) | | |

- Raum für Unterschriften / Fotoaufkleber -
(bitte aufkleben)