

| |
|---------------|
| Name, Vorname |
| Straße |
| PLZ Ort |

| |
|-------|
| Ort |
| Datum |
| |

| |
|--|
| Anschrift der zuständigen Behörde Salzlandkreis 32 FD Straßenverkehr Fahrerlaubnisbehörde 06400 Bernburg (Saale) |
|--|

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, die Begutachtung meiner Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bei der/dem

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Amtlich anerkannte Begutachterstelle für Fahreignung |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation (Dieser ist nicht zugleich mein behandelnder Arzt) |
| <input type="checkbox"/> | Arzt des Gesundheitsamtes oder anderem Arzt der öffentlichen Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> | Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ |
| <input type="checkbox"/> | Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Rechtsmedizin“ |
| <input type="checkbox"/> | Arzt in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung, der die Anforderungen nach Anlage 14 FeV erfüllt |
| <input type="checkbox"/> | Amtlich anerkannten Sachverständigen/Prüfer für Kraftfahrzeugverkehr |
| <input type="checkbox"/> | |

durchführen zu lassen. **(Bitte genaue Anschrift angeben!)**

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Mit der direkten Übersendung des abschließenden Gutachtens an die Fahrerlaubnisbehörde bin ich einverstanden |
| <input type="checkbox"/> | Das abschließende Gutachten soll mir persönlich übersendet werden. |
| <input type="checkbox"/> | Ich werde meine Entscheidung hierüber erst am Tag der Begutachtung treffen. |

Einer Übersendung der Unterlagen an die o. g. untersuchende Stelle stimme ich zu. Der o. g. untersuchenden Stelle sollen jedoch nur solche Unterlagen übersendet werden, die unter Beachtung der gesetzlichen Verwertungsverbote verwendet werden dürfen.

Unterschrift des Einverständnisgebers