

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>C</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ergänzende polizeiliche Feststellungen zum Drogenkonsum</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Anlage zur Anzeige gegen</b><br>Name _____ Vorname _____ Geb.-Jahr _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Venülen-Nr. ....</b><br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>Beobachtungen zur Fahrweise, Witterung und Fahrbahn</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Fahrweise</b><br><input type="checkbox"/> keine eigenen Beobachtungen<br><input type="checkbox"/> sicher<br><input type="checkbox"/> unsicher<br><input type="checkbox"/> Schlangenlinie<br><input checked="" type="checkbox"/> Abweichung von der Geraden<br>bis zu _____ m<br>● Zahl der Schlenker _____<br>● bei einer Beobachtungsstrecke von _____ m<br>Sonstige Beobachtungen _____ | <b>Fahrzeugbedienung</b><br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> Abwürgen des Motors<br><input type="checkbox"/> unsicheres Schalten<br><input type="checkbox"/> Aufheulen des Motors<br><input type="checkbox"/> Sonstiges _____<br><hr/> <b>Fahrbahn</b><br><input type="checkbox"/> trocken<br><input type="checkbox"/> nass<br><input type="checkbox"/> feucht<br><input type="checkbox"/> winterglatt<br><input type="checkbox"/> schlüpfrig (Öl, Dung, Laub usw.) | <b>Fahrzeugmängel</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, welche _____<br>_____<br><hr/> <b>Witterung</b><br><input type="checkbox"/> Regen<br><input type="checkbox"/> Schneefall / Hagel<br><input type="checkbox"/> Nebel / Dunst (Sicht ca. _____ m)<br><input type="checkbox"/> Sturm / Böen |  |
| <b>Beobachtung beim Anhalten oder Antreffen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Lichtverhältnisse am Untersuchungsort</b><br><input type="checkbox"/> Tageslicht <input type="checkbox"/> Dämmerung <input type="checkbox"/> Dunkelheit <input type="checkbox"/> Straßenbeleuchtung<br><input type="checkbox"/> Fahrzeuginnenbeleuchtung <input type="checkbox"/> Raumbeleuchtung                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Aussteigen aus dem Fahrzeug</b><br><input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen<br><input type="checkbox"/> muss sich am Fahrzeug festhalten                                                                                                                                                                                                       | <b>Äußere Erscheinung</b><br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> ungepflegt<br><input type="checkbox"/> verwahrlost<br><input type="checkbox"/> Sonstiges _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Gang</b><br><input type="checkbox"/> sicher<br><input type="checkbox"/> schwankend<br><input type="checkbox"/> torkelnd<br><input type="checkbox"/> schleppend                                                                                                                                                              |  |
| <b>Körperliche Auffälligkeiten</b><br><input type="checkbox"/> keine<br><input type="checkbox"/> Unruhe<br><input type="checkbox"/> Zittern<br><input type="checkbox"/> Erbrechen<br><input type="checkbox"/> Schweißausbruch                                                                                                                                                                | <b>Stimmung / Verhalten</b><br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> distanzlos<br><input type="checkbox"/> weinerlich<br><input type="checkbox"/> redselig<br><input type="checkbox"/> provokativ<br><input type="checkbox"/> stumpf<br><input type="checkbox"/> aggressiv<br><input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> unangemessen fröhlich                                                                                                        | <b>Der deutschen Sprache mächtig</b><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> bedingt<br><br><b>Sprache</b><br><input type="checkbox"/> deutlich<br><input type="checkbox"/> verwaschen<br><input type="checkbox"/> lallend                                                 |  |
| <b>Bewusstsein</b><br><input type="checkbox"/> klar<br><input type="checkbox"/> benommen<br><input type="checkbox"/> schläfrig<br><input type="checkbox"/> bewusstlos<br><input type="checkbox"/> verwirrt                                                                                                                                                                                   | <b>Augen</b><br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> Bindehäute gerötet<br><input type="checkbox"/> wässrig / glänzend<br><input type="checkbox"/> unruhig                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Pupillen</b><br><input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> stark erweitert<br><input type="checkbox"/> stark verengt                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Sonstige Beobachtungen</b> (sämtliche asservierten Pulver, Tabletten etc., Konsumentenutensilien, sonstige Auffälligkeiten im Auto, an der Person; bei Bedarf weiter auf gesondertem Blatt)                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Verhalten während der Amtshandlung</b> (Dauer von ..... : ..... Uhr bis ..... : ..... Uhr)<br><input type="checkbox"/> gleichbleibend <input type="checkbox"/> Veränderung (welche?)                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Eigene Feststellungen</b><br>kurze Erläuterung _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Dienststelle/Stempel _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Festgestellt durch<br>1. _____<br>(Name, Amtsbezeichnung, Unterschrift)<br>2. _____<br>(Name, Amtsbezeichnung, Unterschrift)<br>Datum _____                                                                                                                                                                                    |  |