

Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kategorie:

Gesuch um Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorie:

A>35 kW A≤35 kW A1 B B1 C C1 C1-118 D D1 BE CE C1E DE D1E F G M BPT 121 BPT 122 Trolley-110 CZV 95

1. Personalien (Bitte Gross- / Kleinschrift in schwarzer Farbe)

Name _____
Vorname(n): _____
Strasse, Nr. _____
PLZ _____ Wohnort: _____
Heimatort/e (Kt.) (Ausländer Heimatstaat) _____
Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) _____ weiblich männlich



Kein PC-Foto
(Format ca. 35 x 45 mm)

Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch die Einwohnerkontrolle.

Datum: _____ Stempel und Unterschrift _____

Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb dieses Feldes in schwarzer Farbe)

2. Massnahmen

Würde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis oder die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten? Nein Ja (Bemerkungen) _____

3. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

- 3.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung? Nein Ja _____
 - Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)? Nein Ja _____
 - Augenerkrankung? Nein Ja _____
 - Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)? Nein Ja _____
 - Erkrankung der Bauchorgane? Nein Ja _____
 - Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungserscheinungen)? Nein Ja _____
 - Nierenerkrankung? Nein Ja _____
 - erhöhte Tagesschläfrigkeit? Nein Ja _____
 - chronische Schmerzzustände? Nein Ja _____
 - nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)? Nein Ja _____
 - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)? Nein Ja _____
- 3.2 Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:
- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln? Nein Ja _____
 - Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)? Nein Ja _____
 - eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)? Nein Ja _____
 - Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)? Nein Ja _____
 - Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? Nein Ja _____
 - Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? Nein Ja _____

3.3 Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten? Nein Ja _____

3.4 Bemerkungen oder Ergänzungen: _____
Falls eine der Fragen unter 3.1–3.4 mit «Ja» beantwortet wird, muss diesem Gesuch ein Bericht der/des behandelnden Ärztin/Arztes beigelegt werden (andernfalls zwingende Überweisung an eine anerkannte Ärztin/einen anerkannten Arzt der Stufe 3.)

3.5 Sehtest (gültig 24 Monate)
3.51 Sehschärfe
Fernvisus unkorrekt: rechts: _____ links: _____ korrekt: rechts: _____ links: _____
3.52 Horizontales Gesichtsfeld
1. medizinische Gruppe ≥120 <120
2. medizinische Gruppe ≥140 <140
Ausfälle Nein Ja rechts links oben unten
3.53 Augenbeweglichkeit nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft
Doppelbilder Nein Ja, Richtung: _____

3.54 Bemerkungen: _____
3.55 Beurteilung Anforderungen der:
 1. medizinischen Gruppe 2. medizinischen Gruppe
 ohne Sehhilfe erfüllt ohne Sehhilfe erfüllt
 nur mit Sehhilfe erfüllt nur mit Sehhilfe erfüllt
 nicht erfüllt nicht erfüllt
Bemerkungen: _____
Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____

4. Bisherige Ausweise
4.1 Besitzen Sie oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis? Ja Nein

5. Vormundschaft und Beistand
Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft? Ja Nein
Name und Adresse der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters: _____

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG). Die unterzeichnete Person bestätigt, das Gesuchsformular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____
Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters:
(bei Minderjährigen oder Personen, die unter umfassender Beistandschaft stehen) _____

Gesuchskontrolle	ADMAS	Arzt	Kontrollfahrt	Fahrpraxis	Auflagen	PIN
------------------	-------	------	---------------	------------	----------	-----

Bitte Rückseite beachten!