

**Gesuch um Erteilung eines  
Lernfahr- oder Führerausweises**

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.

Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht

weiblich

männlich

**Pro Kategorie ein  
Passfoto beilegen**

Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- farbiges Passfoto
- Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- nicht älter als ein Jahr
- neutraler Hintergrund
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern
- keine Gegenstände oder andere Personen im Bild

↑ **Unterschrift**

innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe

**Stehen Sie unter Vormundschaft?**

ja ⇒ Name / Adresse des Vormundes

\_\_\_\_\_

nein

**Bestätigung der Personalien**

**wird durch die Einwohnerkontrolle ihres Wohnortes ausgefüllt; bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden**

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:

\_\_\_\_\_

**Vorgehen und beizulegende Unterlagen**

Detaillierte Informationen zum Vorgehen bzw. zu den beizulegenden Unterlagen erhalten Sie auf unserer Internetseite oder telefonisch bei der Motorfahrzeugkontrolle in Füllinsdorf.



Name Vorname

### Krankheiten, Gebrechen und Süchte

Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:

- Krankheit der Atmungsorgane?  ja  nein
- Krankheit des Herzens oder der Blutgefäße?  ja  nein
- Nervenkrankheit?  ja  nein
- Nierenkrankheit?  ja  nein
- Krankheit der Bauchorgane?  ja  nein
- Unfallverletzung?  ja  nein

Leiden oder litten Sie jemals an:

- Ohnmachtsanfällen?  ja  nein
- Schwächezustände?  ja  nein
- Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)?  ja  nein
- Geisteskrankheiten?  ja  nein
- Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen?  ja  nein
- Gehörlosigkeit?  ja  nein

Haben Sie einen zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?  ja  nein

Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkohol- kranke hospitalisiert?  ja  nein



















Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht?  ja  nein

Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert?  ja  nein

Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am sicheren Führen eines Motorfahrzeuges hindern könnten?  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Kategorie/n

<input type="checkbox"/>	A	ohne Beschränkung	
<input type="checkbox"/>	A	25 kW	
<input type="checkbox"/>	A1		
<input type="checkbox"/>	B		
<input type="checkbox"/>	B1		
<input type="checkbox"/>	C	mit CZV	
<input type="checkbox"/>	C1	mit CZV	
<input type="checkbox"/>	C1	mit 118	
<input type="checkbox"/>	D	mit CZV	
<input type="checkbox"/>	D1	mit CZV	
<input type="checkbox"/>	BE		
<input type="checkbox"/>	CE		
<input type="checkbox"/>	C1E		
<input type="checkbox"/>	DE		
<input type="checkbox"/>	D1E		
<input type="checkbox"/>	F		
<input type="checkbox"/>	G		
<input type="checkbox"/>	M		
<input type="checkbox"/>	BPT 121		BPT
<input type="checkbox"/>	BPT 122		BPT

### Sehtest (gültig 24 Monate)

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/-ärztin, ansässig in der Schweiz

Sehschärfe: Fernvisus      unkorrigiert      korrigiert

R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_      R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

Horizontales Gesichtsfeld

keine Einschränkung       ≥ 140°       < 140°

Ausfälle:       nein       ja       rechts       links

Augenbeweglichkeit

nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft

Doppelbilder:       nein       ja, Blickrichtung \_\_\_\_\_

Stereosehen

Bestehen wesentliche Einschränkungen?       ja       nein

Pupillenmotorik

Liegt eine Anisokorie vor?       ja       nein

Lichtreaktion       prompt (beidseitig)       verzögert oder fehlend

Resultat       Anforderung der Gruppe \_\_\_\_\_ erfüllt

Ohne Sehhilfe       mit Brille oder Kontaktlinsen

Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin

### Besitzen oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?

ja       nein

Wenn ja, durch welchen Kanton oder welches Land ausgestellt? \_\_\_\_\_

### Unterschrift

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigung einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder Busse bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Gesuchsteller / Gesuchstellerin: \_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin für Minderjährige/Bevormundete (Vater, Mutter oder Vormund): \_\_\_\_\_