

**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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Krankheit des Herzens oder der Blutgefäße? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Nervenkrankheit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Nierenkrankheit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Krankheit der Bauchorgane? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Unfallverletzung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Leiden oder litten Sie jemals an:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ Ohnmachtsanfällen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Schwächezustände? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Geisteskrankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Gehörlosigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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: _____

Sehtest (gültig 24 Monate)

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/ärztin

 Sehschärfe: Fernvisus unkorrigiert korrigiert
 R: _____ L: _____ R: _____ L: _____

Horizontales Gesichtsfeld

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Einschränkung | <input type="checkbox"/> $\geq 140^\circ$ | <input type="checkbox"/> $< 140^\circ$ |
| Ausfälle: <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> 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










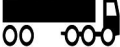
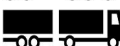





Resultat

-
- Anforderung der Gruppe _____ erfüllt
-
-
- Ohne Sehhilfe
-
- mit Brille oder Kontaktlinsen
-
-
- Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen: _____

 Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____
 Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin

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 | 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 |

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): _____