

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,
ansässig in der Schweiz

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 / 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 |  |
| <input type="checkbox"/> | C1 |  |
| <input type="checkbox"/> | D |  |
| <input type="checkbox"/> | D1 |  |
| <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 | BPT |

Beilagen

 Legen Sie dem Gesuchsformular folgende Unterlagen bei:
 - Ausländischer Führerausweis (im Original)
 - Ausländer: Kopie Ausländerausweis
 - Weitere Unterlagen werden bei Bedarf separat einverlangt.

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):
