

Gesuch um Umschrieb eines ausländischen Führerausweises

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.
Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht weiblich männlich

Email

Ein Passfoto beilegen

Bitte beachten Sie folgende Kriterien:

- aktuelles farbiges Passfoto (nicht älter als 5 Jahre)
- Computerprints nur auf Fotopapier
- ohne sichtbare Pixelstruktur
- Format ca. 35 x 45 mm
- Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
- neutraler Hintergrund
- keine Kopfbedeckung
- keine Spiegelung bei Brillengläsern
- keine Gegenstände oder andere Personen im Bild

Unterschrift des Gesuchstellers

innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe



Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle

Für die Identifikation muss der Gesuchstellende persönlich am Schalter erscheinen

Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift: _____

Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden

Gewünschte Kategorie(n)

										Anhänger									Taxi	
A	A35	A1	B	B1	C	C1	C1	D	D1	BE	CE	C1E	DE	D1E	F	G	M	BPT	BPT	
					CZV	CZV	118	CZV	CZV									121	122	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Angaben (vom Gesuchsteller auszufüllen)

Einreisedatum in die Schweiz? _____

Durch welchen Staat wurde der Führerausweis ausgestellt? _____

Für welche Kategorien ist der Führerausweis gültig? _____

Datum der praktischen Prüfung? _____

Beilagen (vom Gesuchsteller beizulegen)

- Gültiger ausländischer Führerausweis (im Original)
- Ausländer: Ausländerausweis (Kopie)
- Weitere Unterlagen werden bei Bedarf separat einverlangt

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, Behinderungen und Substanzkonsum	Ja	Nein
Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:		
• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungerscheinungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhöhte Tagesschläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Schmerzzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitätenverletzungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:		
• Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Wenn ja: Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/ Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:		

Strafbestimmungen

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).

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"/> ≥ 140 <input type="checkbox"/> < 140
Ausfälle:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
	<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
Augenbeweglichkeit:	
<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft	
Doppelbilder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Richtung: _____	
Stereosehen	
Bestehen wesentliche Einschränkungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pupillenmotorik	
Liegt eine Anisokorie vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lichtreaktion <input type="checkbox"/> prompt (beidseitig) <input type="checkbox"/> verzögert / fehlend	
Beurteilung:	
<input type="checkbox"/> Anforderungen der Gruppe _____ erfüllt	
<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe <input type="checkbox"/> Mit Brille / Kontaktlinsen	
<input type="checkbox"/> Nur mit augenärztlicher Zustimmung	
Bemerkungen:	
Datum: _____	
Stempel/Unterschrift Optiker/In oder Augenarzt/-ärztin	

Unterschrift
Stehen Sie unter Beistandschaft?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse des Beistands:

Datum:

Unterschrift: _____
Gesuchstellerin / Gesuchsteller
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin für Minderjährige/Verbeiständete (Vater, Mutter oder Beistand):
