

Anmeldung zur Schiffsführerprüfung

1. Ausweiskategorie A Schiffe mit Maschinenantrieb A* Segelschiffe mit Maschinenantrieb D Segelschiffe

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

Name (zusätzlich Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch)

Vorname(n)

Strasse / Nr.

PLZ

Wohnort

Heimatort / Kanton (Ausländer Staatsangehörigkeit)

Geburtsdatum
(Tag/Monat/Jahr)

männlich

weiblich

Telefon.-Nr.
(tagsüber)

ein farbiges Passfoto beilegen

- min. 35 x 45 mm
- keine Profilaufnahmen
- ohne Kopfbedeckung
- keine Computerprints
- nicht älter als 1 Jahr
- Rückseite mit Name und Vorname sowie Adresse beschriftet

4,5mm

35mm

Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch die zuständige Einwohnerkontrolle der Wohnsitzgemeinde.

Datum:

Stempel / Unterschrift

Unterschrift Gesuchsteller/in

Gesuch zur Absolvierung der praktischen Schiffsführerprüfung ausserhalb des Kantons Basel-Landschaft

Prüfungsort:

Kanton:

Wenn die praktische Prüfung im **Kanton Bern** absolviert wird, muss ein zusätzliches Passfoto beigelegt werden. Dieses ist auf der Rückseite mit Name, Vorname sowie vollständiger Wohnadresse zu beschriften.

Die Bewilligung wird nur für den **praktischen Teil** der Schiffsführerprüfung erteilt.

2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind

Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Erkrankung der Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Erkrankung der Bauchorgane | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Erkrankung des Nervensystems (MS, Parkinson etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - erhöhte Tagesschläfrigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - chronische Schmerzzustände | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Wenn Ja waren oder sind Sie deswegen in Behandlung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Eine psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Wenn Ja waren oder sind Sie deswegen in Behandlung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Ohnmachtsanfälle / Schwächezustände / Einschlafneigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

- Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Schiffes hindern könnten Ja Nein

2.1 Bemerkungen

3. Vormundschaft

Stehen Sie unter Vormundschaft?

Ja Nein

Name und Adresse des Vormundes:



4. Bisherige AusweiseBesitzen oder besaßen Sie schon einen Schiffsführerausweis? Ja NeinKategorie: ausgestellt am: ausstellende Behörde: **5. Weitere Informationen**

5.1 Mindestalter für die Erteilung von Schiffsführerausweisen

Kategorie A vollendetes 18. Altersjahr

Kategorie D vollendetes 14. Altersjahr

5.2 Arztzeugnis

Haben Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen (Punkt 2) mit Ja beantwortet oder haben Sie das 65. Altersjahr überschritten, ist dem Gesuch ein Arztzeugnis beizulegen, welches Ihre gesundheitliche Fähigkeit zum Führen eines Schiffes bestätigt.

5.3 Theoretische Schiffsführerprüfung

Durch den Bewerber bzw. durch die Bewerberin ist schriftlich mittels Anmeldeformular, der Hauptabteilung Verkehrssicherheit, Kleinschiffahrt, ein Termin betreffend der theoretischen Schiffsführerprüfung zu vereinbaren.

6. Datum / Unterschriften

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder Busse bestraft und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen.

Datum: Unterschrift:

Für Minderjährige / Bevormundete der gesetzliche Vertreter oder Vertreterin (Vater, Mutter oder Vormund):

Unterschrift gesetzliche Vertretung: **7. Sehtest: Ausweiskategorie A und D (1. Medizinische Gruppe) (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:

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen ist bei Sehwerten unter 0.8 (beim besser sehenden Auge) ein 2. Gutachten eines Augenarztes erforderlich.

Horizontales Gesichtsfeld: 1. medizinische Gruppe
(nicht berufsmässig) ≥ 120 < 120 **Ausfälle:** Nein Ja rechts links oben unten 2. medizinische Gruppe
(berufsmässig) ≥ 140 < 140 **Augenbeweglichkeit:** nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft.

Doppelbilder:

 Nein Ja, Richtung: _____**Beurteilung:** 1. medizinische Gruppe (nicht berufsmässig) 2. medizinische Gruppe(berufsmässig) ohne Sehhilfe erfüllt ohne Sehhilfe erfüllt nur mit Sehhilfe erfüllt nur mit Sehhilfe erfüllt nicht erfüllt nicht erfüllt**Bemerkungen:**

Datum: _____

Stempel/Unterschrift
Optiker/in oder Augenarzt/-ärztin _____