

Anmeldung zur Schiffsführerprüfung

Name

Vorname

Geb. Dat.

4. Bisherige Ausweise

Besitzen oder besaßen Sie schon einen Schiffsführerausweis? Ja Nein

Kategorie 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.

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
-------	--------------

Unterschrift gesetzliche Vertretung

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

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 ≥ 120 < 120
(nicht berufsmässig)

2. medizinische Gruppe ≥ 140 < 140
(berufsmässig)

Ausfälle

Nein Ja

rechts

links

oben

unten

Augenbeweglichkeit

nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft.

Doppelbilder Nein Ja, Richtung _____

Beurteilung

1. medizinische Gruppe (nicht berufsmässig)

ohne Sehhilfe erfüllt

nur mit Sehhilfe erfüllt

nicht erfüllt

2. medizinische Gruppe (berufsmässig)

ohne Sehhilfe erfüllt

nur mit Sehhilfe erfüllt

nicht erfüllt

Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Optiker/in oder Augen/-ärztin