

**Anmeldung zur Schiffsführerprüfung**

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

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

Name				<b>Bitte ein farbiges Passfoto lose beilegen</b>
Vorname(n)				– min. 35 × 45 mm
Strasse/Nr.				– keine Profilaufnahmen
PLZ	Wohnort			– ohne Kopfbedeckung
				– keine Computerprints
Heimatort/Kanton (Ausländer Staatsangehörigkeit)				– nicht älter als 1 Jahr
				– Rückseite mit Name und Vorname sowie Adresse beschriftet
Geburtsdatum	männlich	Telefon		
(Tag/Monat/Jahr)	weiblich	(tagsüber)		

**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 \_\_\_\_\_

**2. Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum**

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung

– Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselekrankung	Ja	Nein	– Eine psychische Erkrankung	Ja	Nein
– Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja	Nein	– Wenn Ja waren oder sind Sie deswegen in Behandlung	Ja	Nein
– Augenerkrankungen	Ja	Nein	– Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle	Ja	Nein
– Erkrankung der Atmungsorgane	Ja	Nein	– Ohnmachtsanfälle / Schwächezustände / Einschlafneigung	Ja	Nein
– Erkrankung der Bauchorgane	Ja	Nein	– Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Schiffes hindern könnten	Ja	Nein
– Erkrankung des Nervensystems (MS, Parkinson etc.)	Ja	Nein	– Haben Sie Hörbehinderungen	Ja	Nein
– Nierenerkrankungen	Ja	Nein			
– erhöhte Tagesschläfrigkeit	Ja	Nein			
– chronische Schmerzzustände	Ja	Nein			
– nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen	Ja	Nein			
– Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen	Ja	Nein	2.1 Bemerkungen		
Haben Sie heute oder hatten Sie jemals					
– Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln	Ja	Nein			
– Wenn Ja waren oder sind Sie deswegen in Behandlung	Ja	Nein			

**3. Vormundschaft**

Stehen Sie unter Vormundschaft?      Ja      Nein      Name und Adresse des Vormundes

