

## Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kategorie:

## Gesuch um Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorie:

A A1 B B1 C C1 D D1 BE CE C1E DE D1E F G M BPT

### 1. Personalien (Bitte Gross- / Kleinschrift in schwarzer Farbe)

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

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ

Wohnort:

Heimatort(e)/Kanton (Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum:

(Tag/Monat/Jahr)

weiblich

männlich



Früherer Wohnort:

bis

### Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien

Datum:

Stempel und Unterschrift



(Format ca. 35 x 45 mm)

▽ Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb dieses Feldes in schwarzer Farbe) ▽

Gesuchskontrolle	ADMAS	Arzt	Kontrollfahrt	Fahrpraxis	Auflagen	(Reg.-Nr.)
------------------	-------	------	---------------	------------	----------	------------

### 2. Krankheiten, Gebrechen und Süchte

#### 2.1 Leiden Sie an einer nicht folgllos ausgeheilten:

- Krankheit der Atmungsorgane?  ja  nein
- Krankheit des Herzens oder der Blutgefässe?  ja  nein
- Nierenkrankheit?  ja  nein
- Nervenkrankheit?  ja  nein
- Krankheit der Bauchorgane?  ja  nein
- Unfallverletzung?  ja  nein

#### 2.2 Leiden oder litten Sie jemals an:

- Ohnmachtsanfällen?  ja  nein
- Schwächezuständen?  ja  nein
- Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)?  ja  nein
- Geisteskrankheiten?  ja  nein
- Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen?  ja  nein
- Gehörlosigkeit?  ja  nein

#### 2.3 Ist Ihres Wissens Ihr Blutdruck normal?

- nein  ja

Wenn nein:  zu hoch  zu niedrig

#### 2.4 Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkohol- kranke hospitalisiert?

- ja  nein

#### 2.5 Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht?

- ja  nein

#### 2.6 Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert?

- ja  nein

#### 2.7 Haben Sie andere Krankheiten oder Gebrechen, die Sie am sicheren Führen eines Motorfahrzeuges hindern könnten?

- ja  nein

#### 2.8 Bemerkungen:

Ich bestelle

Katalog der Prüfungsfragen

Handbuch der Verkehrsregeln

### 3. Sehtest (gültig 12 Monate)

➔ Auszufüllen durch einen ermächtigten Optiker oder Augenarzt ◀

#### 3.1 Sehschärfe: Fernvisus

unkorrigiert  korrigiert

R: ..... L: ..... R: ..... L: .....

#### 3.2 Horizontales Gesichtsfeld

- keine Einschränkung   $\geq 140^\circ$    $< 140^\circ$

Ausfälle:  nein  ja:  rechts  links

#### 3.3 Augenbeweglichkeit

- nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft

Doppelbilder:  nein  ja, Blickrichtung \_\_\_\_\_

#### 3.4 Stereosehen

- Bestehen wesentliche Einschränkungen?  ja  nein

#### 3.5 Pupillenmotorik

- Liegt eine Anisokorie vor?  ja  nein

Lichtreaktion  prompt (beidseitig)  verzögert oder fehlend

#### Resultat

Anforderungen der Gruppe ..... erfüllt.

Ohne Sehhilfe  mit Brille oder Kontaktlinsen

Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 4. Vormundschaft

Stehen Sie unter Vormundschaft  ja  nein

Name und Adresse des Vormundes: \_\_\_\_\_

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder mit Busse bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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