

**Gesuch um Erteilung eines
Lernfahr- oder Führerausweises**

Familienname

Lediger Name

Vorname(n)

Strasse Nr.

PLZ / Ort

Heimatort(e) / Kt.

Ausländer: Nationalität

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Geschlecht weiblich männlich

**Pro Kategorie ein
Passfoto beilegen**

- Bitte beachten Sie folgende Kriterien:
- farbiges Passfoto
 - Computerprints nur auf Fotopapier ohne sichtbare Pixelstruktur
 - Format ca. 35 x 45 mm
 - Frontaufnahme mit direktem Blick in die Kamera
 - nicht älter als ein Jahr
 - neutraler Hintergrund
 - keine Kopfbedeckung
 - keine Spiegelung bei Brillengläsern
 - keine Gegenstände oder andere Personen im Bild

↑ **Unterschrift**
innerhalb dieses Feldes mit schwarzer Farbe

Stehen Sie unter Vormundschaft?

- ja ⇒ Name / Adresse des Vormundes

- nein

Bestätigung der Personalien durch die Einwohnerkontrolle

Für die Identifikation muss der Gesuchsteller persönlich am Schalter erscheinen

Datum: _____

Stempel und Unterschrift:

Name der unterzeichnenden Person in Blockschrift:

Bestätigte Gesuche dürfen nicht mehr ausgehändigt werden

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, Gebrechen und Süchte

- Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:
- Krankheit der Atmungsorgane? ja nein
 - Krankheit des Herzens oder der Blutgefässe? ja nein
 - Nervenkrankheit? ja nein
 - Nierenkrankheit? ja nein
 - Krankheit der Bauchorgane? ja nein
 - Unfallverletzung? ja nein

- Leiden oder litten Sie jemals an:
- Ohnmachtsanfällen? ja nein
 - Schwächezustände? ja nein
 - Süchten (Alkohol, Rauschgift, Medikamente)? ja nein
 - Geisteskrankheiten? ja nein
 - Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfällen? ja nein
 - Gehörlosigkeit? ja nein

Haben Sie einen zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? ja nein

Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkohol- kranke hospitalisiert? ja nein

Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht? ja nein

Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert? ja nein

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

Bemerkungen: _____

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
 keine Einschränkung $\geq 140^\circ$ $< 140^\circ$
 Ausfälle: nein ja rechts links

Augenbeweglichkeit
 nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft

Doppelbilder: nein ja, Blickrichtung _____

Stereosehen
 Bestehen wesentliche Einschränkungen? ja nein



















Pupillenmotorik
 Liegt eine Anisokorie vor? ja nein
 Lichtreaktion prompt (beidseitig) verzögert oder fehlend

Resultat Anforderung der Gruppe _____ erfüllt
 Ohne Sehhilfe mit Brille oder Kontaktlinsen
 Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____
 Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin

Gewünschte Kategorie/n

- A ohne Beschränkung 
- A 25 kW 
- A1 
- B 
- B1 
- C mit CZV 
- C1 mit CZV 
- C1 mit 118 
- D mit CZV 
- D1 mit CZV 
- BE 
- CE 
- C1E 
- DE 
- D1E 
- F 
- G 
- M 
- BPT 121 BPT
- BPT 122 BPT

Besitzen oder besaßen Sie schon einen Lernfahr- oder Führerausweis?

ja nein
 Wenn ja, durch welchen Kanton oder welches Land ausgestellt? _____

Unterschrift

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).

Datum: _____

Unterschrift Gesuchsteller / Gesuchstellerin:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin für Minderjährige/Bevormundete (Vater, Mutter oder Vormund):
