



**Gesuch um Erteilung eines Lernfahr- bzw. eines Führerausweises der Kategorie:**  
 **Gesuch um Umtausch eines ausländischen Führerausweises der Kategorie:**

**A** **A bis 25 kW** **A1** **B** **B1** **C** **C1** **D** **D1** **BE** **CE** **C1E** **DE** **D1E** **F** **G** **M** **BPT121** **BPT122** **CZV95** **C1 118**

**1. Personalien** (Bitte Gross- / Kleinschrift in schwarzer oder blauer Farbe)

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

\_\_\_\_\_

Vorname(n):

\_\_\_\_\_

Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ Wohnort:

\_\_\_\_\_

Heimatort (ausländische Staatsangehörige: Heimatstaat)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:  
(Tag/Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_

weiblich

männlich



1x (farbiges Passfoto im Format ca. 35 x 45 mm)

**2. Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch das Einwohneramt gegen Gebühr** (→ beachten Sie die Wegleitung auf Seite 3)

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

→ Beim erstmaligen Gesuch ist die persönliche Vorsprache (mit ID, Pass, Ausländerausweis) beim Einwohneramt am Wohnort oder beim Strassenverkehrsamt zwingend.

▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in** (innerhalb dieses Feldes) ▽

\_\_\_\_\_

**3. Krankheiten, Gebrechen und Süchte**

Leiden Sie an einer nicht folgenlos ausgeheilten:

- Krankheit der Atmungsorgane (u.a. Asthma)?  ja  nein
- Krankheit des Herzens oder der Blutgefässe?  ja  nein
- Nierenkrankheit?  ja  nein
- Nervenkrankheit?  ja  nein
- Krankheit der Bauchorgane (u.a. Diabetes)?  ja  nein
- Unfallverletzung?  ja  nein

Leiden oder litten Sie die letzten 5 Jahre jemals an:

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

Ist Ihres Wissens Ihr Blutdruck normal?  nein  ja

Wenn nein:  zu hoch  zu niedrig

Waren Sie je in einer Heilstätte für Alkoholranke hospitalisiert? Jahr: \_\_\_\_\_  ja  nein

Haben Sie je eine Entziehungskur für Rauschgift durchgemacht? Jahr: \_\_\_\_\_  ja  nein

Waren Sie je in einer Klinik für Geistes- oder Gemütskranke hospitalisiert? Jahr: \_\_\_\_\_  ja  nein

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

Beziehen Sie wegen Krankheit oder Unfalles eine Rente?  ja  nein

→ Wenn ja (Blutdruck nein), Arztzeugnis beilegen.

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

**4. Sehtest** (gültig 12 Monate) Auszufüllen durch einen ermächtigten Optiker oder Augenarzt

Sehschärfe: Fernvisus unkorrigiert korrigiert  
R: ..... L: ..... R: ..... L: .....

Horizontales Gesichtsfeld

keine Einschränkung  ≥ 140°  < 140°

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**

- Anforderungen der Gruppe ..... erfüllt.
- Ohne Sehhilfe  mit Brille oder Kontaktlinsen
- Nur mit augenärztlicher Zustimmung

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

**5. Beistandschaft, Fahrpraxis, Vorstrafen und Massnahmen**

Stehen Sie unter einer umfassenden Beistandschaft (vormals Vormundschaft) Name und Adresse des Beistand:  ja  nein

Besitzen/besassen Sie schon einen Führerausweis Wenn ja, von welchem Kanton/Land: \_\_\_\_\_  ja  nein

Wurde Ihnen schon einmal der Lernfahr- oder Führerausweis verweigert oder entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten?  ja  nein

Sind Sie schon bestraft worden oder ist zurzeit ein Strafverfahren gegen Sie hängig? (→ wenn ja Kopie Urteil beilegen oder Sachverhalt schildern)  ja  nein

Für Minderjährige / umfassend verbeiständete Personen der gesetzliche Vertreter (Vater, Mutter, oder Beistand):

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

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

Bitte nicht ausfüllen

Ku/Pin-Nr.	ADMAS	Nothelfer	Einreise	
------------	-------	-----------	----------	--